



Francisco
Sampaio

CONFUSION ASSESSMENT METHOD: TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria

CONFUSION ASSESSMENT METHOD:
TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Francisco Miguel Correia Sampaio

Porto | 2012

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem de
Saúde Mental e Psiquiatria**

***CONFUSION ASSESSMENT METHOD:*
TRADUÇÃO E VALIDAÇÃO PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Dissertação de Mestrado orientada pelo
Prof. Doutor Carlos Alberto da Cruz Sequeira

Francisco Miguel Correia Sampaio

Porto | 2012

AGRADECIMENTOS

A chegada ao final da realização de um trabalho é sempre o momento de olhar para trás e perceber, humildemente, que o caminho, ainda que longo, nunca poderia ser percorrido de forma solitária. Assim, sinto a necessidade imperiosa de deixar uma palavra de gratidão a todos aqueles que, direta ou indiretamente, me ajudaram a concluir mais uma etapa do meu percurso académico:

Ao Professor Doutor Carlos Sequeira por ser, para além do orientador deste trabalho, alguém que muito admiro, em quem me revejo, e que a cada dia me faz acreditar mais na Enfermagem, e em particular na Saúde Mental e Psiquiatria.

Ao Professor Doutor Luís Sá, por ter sido um importante impulsionador deste trabalho e por, numa fase inicial, ainda que informalmente, ter cumprido um papel próximo daquele que corresponderia ao de um coorientador.

À Comissão Executiva e à Comissão de Ética do Hospital de Braga, pela autorização para a realização da colheita de dados nos serviços requeridos.

Aos Diretores de Serviço e equipas de Enfermagem dos serviços onde decorreu a colheita de dados, pela autorização para a realização da mesma, pelo acolhimento positivo, e pela facilitação do desenvolvimento de todo o processo.

Ao Enf. José Carlos Alves e à Enf. Mónica Carvalho pela imprescindível ajuda na realização de entrevistas para a aferição da concordância entre observadores.

À Professora Doutora Teresa Martins pela inextinguível generosidade e disponibilidade para me auxiliar na realização da análise estatística dos dados.

Às pessoas idosas internadas, pois este trabalho foi realizado, acima de tudo, por elas (através da sua disponibilidade e amabilidade) e para elas.

Aos meus pais, à minha avó, e à Mónica, porque sem eles este trabalho não teria sido possível. Cada um, à sua maneira, foram pedras basilares neste percurso.

SIGLAS/ABREVIATURAS

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVD	Atividades de Vida Diária
CAM	<i>Confusion Assessment Method</i>
CAM-ICU	<i>Confusion Assessment Method - Intensive Care Units</i>
CID [®]	Classificação Internacional das Doenças [®]
CIPE [®]	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [®]
cit. por	citado(a) por
DSM [®]	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders[®]</i>
ECG	Escala de Coma de Glasgow
e.g.	por exemplo
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
et al.	e colaboradores
etc.	e assim por diante
ICN	<i>International Council of Nurses</i>
i.e.	isto é
INFARMED	Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento
IVANRC	<i>Iowa-Veterans' Affairs Nursing Research Consortium</i>
MDS	<i>Minimum Data Set</i>
MMSE	<i>Mini-Mental State Examination</i>
NANDA	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
Pág.	Página
RNAO	<i>Registered Nurses Association of Ontario</i>
SPCD	Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência
SPSS [®]	<i>Statistic Package Social for the Social Sciences[®]</i>
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
%	por cento/percentagem

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	1
PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEITUAL E TEÓRICO	3
1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS	5
1.1. Confusão	5
1.1.1. Confusão Aguda	6
1.1.2. Confusão Crónica	9
1.2. Demência	11
1.3. <i>Delirium</i>	14
2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	17
2.1. <i>Delirium</i> versus Demência	17
2.2. Confusão Aguda versus Confusão Crónica	19
2.3. Confusão Crónica versus Demência	21
2.4. Confusão Aguda versus <i>Delirium</i>	24
3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO AGUDA E DO <i>DELIRIUM</i>	29
3.1. <i>Confusion Assessment Method</i> (CAM)	31
3.2. Escala de Confusão NeeCham	36
3.3. Comparação entre o CAM e a Escala de Confusão NeeCham	38
3.4. Critérios do DSM-IV-TR® para Avaliação do <i>Delirium</i>	41
3.5. Critérios da NANDA para Avaliação da Confusão Aguda	42
3.6. Comparação entre os Critérios do DSM-IV-TR® e da NANDA	43
PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO	47
4. METODOLOGIA	49
4.1. Contexto e Justificação	49
4.2. Finalidade e Objetivos do Estudo	50
4.3. Tradução e Validação do Instrumento Psicométrico	50
4.3.1. Seleção do Instrumento Psicométrico	51
4.3.2. Tradução de Instrumentos de Colheita de Dados	53
4.3.3. Tradução do Instrumento Psicométrico	54
4.3.4. Avaliação das Propriedades de Medida Pós-Tradução	55
4.4. Estudo Metodológico e Descritivo-Correlacional	58

4.4.1. <i>Questões de Investigação</i>	59
4.4.2. <i>Variáveis</i>	59
4.4.3. <i>População, Amostra e Técnica de Colheita de Dados</i>	61
4.5. Análise e Tratamento dos Dados	63
5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	65
6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	67
6.1. Caraterização da Amostra	67
6.1.1. <i>Caraterísticas Sociodemográficas</i>	67
6.1.2. <i>Caraterísticas Clínicas</i>	69
6.1.3. <i>Avaliação da Amostra com Recurso a Instrumentos Psicométricos e Classificações</i>	73
6.2. Propriedades Psicométricas do Algoritmo do CAM	77
6.3. Análise Descritiva e Correlacional	87
7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	93
7.1. Tradução e Validação do CAM	93
7.2. Análise Descritiva-Correlacional	98
7.3. Limitações do Estudo	102
8. CONCLUSÕES	105
9. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109
ANEXOS:	121
Anexo I - Autorização da Autora para a Tradução e Validação do CAM para a População Portuguesa	123
Anexo II - <i>Confusion Assessment Method</i>	127
Anexo III - Tradução do CAM de Inglês para Português realizada pelo Investigador Principal.....	133
Anexo IV - Tradução do CAM de Inglês para Português realizada por Tradutora Independente (Enfermeira)	141
Anexo V - Versão do CAM em Português do Brasil	149
Anexo VI - CAM após Compilação das Traduções	153
Anexo VII - Retrotradução do CAM de Português para Inglês	161
Anexo VIII - Versão Portuguesa do Algoritmo do CAM.....	169
Anexo IX - Entrevista de Colheita de Dados	173
Anexo X - Autorização para a Utilização da Versão Portuguesa da Escala de Confusão NeeCham	187
Anexo XI - Consentimento Informado com Carta Explicativa do Estudo	189
Anexo XII - Autorização para a Realização do Estudo.....	193
Anexo XIII - Versão Final do CAM Traduzido para Português de Portugal	195

LISTA DE TABELAS

TABELA 1: Diagnóstico Diferencial entre <i>Delirium</i> e Demência	18
TABELA 2: Diagnóstico Diferencial entre Confusão Aguda e Confusão Crônica.....	20
TABELA 3: Comparação entre "Demência" e "Confusão Crônica".....	22
TABELA 4: Comparação entre os Critérios do DMS-IV-TR® (<i>Delirium</i>) e dos Diagnósticos NANDA® (Confusão Aguda)	44
TABELA 5: Mapa de Serviços e Codificação	60
TABELA 6: Diagnóstico Médico Segundo CID-10®	60
TABELA 7: Medicação Prescrita Segundo INFARMED/Ministério da Saúde	61
TABELA 8: Características Sociodemográficas da Amostra.....	68
TABELA 9: Distribuição da Amostra por Serviço de Internamento.....	69
TABELA 10: Patologias Principais Frequentes dos Participantes no Estudo	70
TABELA 11: Estatística Descritiva: Tempo de Internamento e Antecedentes de Confusão Aguda	72
TABELA 12: Estatística Descritiva: Medicação Prescrita	72
TABELA 13: Estatística Descritiva: MMSE	74
TABELA 14: Estatística Descritiva: CAM Método Sensível	74
TABELA 15: Estatística Descritiva: CAM Método Específico.....	75
TABELA 16: Estatística Descritiva: Escala de Confusão NeeCham	75
TABELA 17: Estatística Descritiva: Resultados da Escala de Confusão NeeCham ..	75
TABELA 18: Estatística Descritiva: Critérios do DSM-IV-TR®	76
TABELA 19: Estatística Descritiva: Critérios da NANDA International®	76
TABELA 20: Tabela de Contingência entre Estado de Doença Atual (DSM-IV-TR®) e Resultados do CAM (Método Sensível).....	78
TABELA 21: Tabela de Contingência entre Estado de Doença Atual (DSM-IV-TR®) e Resultados do CAM (Método Específico)	79
TABELA 22: Concordância Entre Observadores (CAM Método Sensível).....	80
TABELA 23: Teste de Diferenças entre o CAM (Método Sensível) e o Score Total da Escala de Confusão NeeCham	81
TABELA 24: Teste de Diferenças entre o CAM (Método Específico) e o Score Total da Escala de Confusão NeeCham	82

TABELA 25: Cruzamento entre o Algoritmo do CAM e a Escala de Confusão NeeCham (Pontos de Corte)	83
TABELA 26: Teste de Associação entre o CAM e o MMSE	84
TABELA 27: Teste de Associação entre o CAM e os Critérios do DSM-IV-TR®	84
TABELA 28: Estatística Inferencial entre o CAM e as Características Sociodemográficas.....	88
TABELA 29: Estatística Inferencial entre a Escala de Confusão NeeCham e as Características Sociodemográficas	89
TABELA 30: Estatística Inferencial entre o CAM (Método Sensível) e as Características Clínicas	90
TABELA 31: Estatística Inferencial entre o CAM (Método Específico) e as Características Clínicas	91
TABELA 32: Estatística Inferencial entre a Escala de Confusão NeeCham e as Características Clínicas	92
TABELA 33: Comparação das Propriedades Psicométricas do CAM em Diferentes Estudos	95

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: Comparação Gráfica entre "Demência" e "Confusão Crônica"	23
FIGURA 2: Concetualização de Confusão Aguda e <i>Delirium</i> e sua Relação com Confusão Crônica.....	26

RESUMO

Contexto/Objetivos: A confusão aguda e o *delirium* são fenómenos frequentes, sobretudo nos idosos internados em serviços de internamento agudos não psiquiátricos. No entanto, em Portugal, são escassos os instrumentos psicométricos validados que auxiliem na sua identificação em contexto clínico. Nesse sentido, o presente trabalho tem por principal objetivo a tradução e validação do *Confusion Assessment Method* (CAM) para a população portuguesa, considerando que este é o instrumento mais referenciado, a nível mundial, para rastreio do *delirium*.

Metodologia: Foi realizado um estudo metodológico para aferição das propriedades psicométricas do algoritmo de diagnóstico do CAM, usando os critérios do DSM-IV-TR® como *gold standard*. Para melhor analisar os fenómenos em estudo (*delirium* e confusão aguda), foi ainda realizado um estudo descritivo-correlacional para perceber as relações existentes entre estes e as características sociodemográficas e clínicas dos participantes no estudo. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística acidental incluindo 100 idosos internados (≥ 65 anos) em serviços de Medicina Interna, Cirurgia, Unidade de Cuidados Intensivos, Ortopedia e Psiquiatria.

Resultados: Após a tradução da versão integral do CAM (recorrendo à tradução e retrotradução), o seu algoritmo de diagnóstico foi aplicado à amostra em estudo. Das pessoas entrevistadas, 8% apresentavam *delirium* presente (através do método sensível de pontuação do algoritmo do CAM), enquanto através do método específico de pontuação do algoritmo, apenas 5,1% apresentavam *delirium* presente. Ao nível das propriedades psicométricas do CAM, no método sensível e no método específico de pontuação observaram-se, respetivamente, uma sensibilidade de 67% (em ambos os casos), uma especificidade de 94% e 97%, valor preditivo positivo de 25% e 40%, e valor preditivo negativo de 99% (em ambos os casos). O CAM apresentou validade convergente com a Escala de Confusão NeeCham ($p < 0,05$). A concordância entre observadores foi muito elevada (100%). Verificaram-se ainda relações estatisticamente significativas entre o *delirium* e a presença de patologia do aparelho circulatório ($p < 0,05$).

Conclusões: O CAM apresenta-se como um instrumento com boa sensibilidade, muito boa especificidade, eficaz e de fácil utilização para o rastreio de *delirium*. Para avaliação da confusão aguda, deve dar-se preferência à utilização da Escala de Confusão NeeCham.

Palavras-chave: Confusão; *Delirium*; *Confusion Assessment Method*; Estudo de Validação; Portugal

ABSTRACT

CONFUSION ASSESSMENT METHOD: TRANSLATION AND VALIDATION FOR THE PORTUGUESE POPULATION

Background/Objectives: Acute confusion and delirium are common phenomena, especially in elderly people hospitalized in non-psychiatric acute wards. However, in Portugal, there are few validated psychometric instruments that can help to identify these conditions in clinical context. In this sense, the main objective of this study is to translate and validate the Confusion Assessment Method (CAM) for the Portuguese population, considering that this is the most referenced instrument worldwide for delirium screening.

Methods: A methodological study was conducted in order to evaluate the psychometric properties of the CAM diagnostic algorithm, using DSM-IV-TR® criteria as gold standard. To better analyse the phenomena under study (acute delirium and confusion) it was also carried out a descriptive-correlational to understand the relationships between them and the sociodemographic and clinical characteristics of study participants. To do so, it was selected an accidental sample including 100 hospitalized elderly people (≥ 65 years) in Internal Medicine, Surgery, Intensive Care Unit, Orthopaedics and Psychiatry wards.

Results: After concluding CAM translation (recurring to translation and back-translation), CAM diagnostic algorithm was applied to the sample under study. From the patients interviewed, 8% were delirious (using the sensitive scoring method of the CAM diagnostic algorithm) while, using the specific scoring method, only 5.1% were delirious. In terms of the psychometric properties of the CAM, using the sensitive and specific scoring method, respectively, the results observed were: values for sensitivity - 67% (in both cases); values for specificity - 94% and 97%; values for positive predictive accuracy - 25% and 40%; and values for negative predictive accuracy - 99% (in both cases). The CAM was shown to have convergent agreement with NeeCham Confusion Scale ($p < 0.05$). The inter-rater reliability was very high (100%). There were also statistically significant relationships between delirium and the presence of circulatory system pathology ($p < 0.05$).

Conclusions: The CAM is an instrument with good sensitivity, very good specificity, effective and easy to use for delirium screening. In order to assess acute confusion, it should be preferable to use NeeCham Confusion Scale.

Key Words: Confusion; Delirium; Confusion Assessment Method; Validation Study; Portugal

INTRODUÇÃO

Em Enfermagem, a confusão aguda afigura-se, não raras vezes, como um diagnóstico altamente complexo, na medida em que o diagnóstico diferencial, relativamente a fenómenos como a confusão crónica, a desorientação, ou o comprometimento da memória, se encontra ainda pouco trabalhado, sem critérios bem definidos que possam apresentar-se como facilitadores do rigor e da precisão necessários ao processo diagnóstico. Adicionalmente, verifica-se ainda que, em Portugal, são escassos os instrumentos psicométricos devidamente validados para o rastreio e/ou diagnóstico desta condição clínica.

Assim, no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2011/2012, foi tomada a decisão de avançar para a realização de um trabalho de investigação que permitisse, em última instância, a tradução e validação do *Confusion Assessment Method* (CAM) para a população portuguesa. Assim, pretendia-se encontrar uma alternativa adicional e/ou complementar à Escala de Confusão NeeCham para a avaliação da confusão aguda da pessoa idosa internada. Ainda que o CAM se apresente, primariamente, como um instrumento de avaliação do *delirium*, e não da confusão aguda, pretendeu-se ainda perceber se este se trataria, igualmente, de um instrumento com propriedades psicométricas que permitam a avaliação da confusão aguda.

Com o presente relatório, procura-se atingir objetivos específicos, sendo a apresentação dos resultados e conclusões decorrentes do estudo de tradução e validação do CAM para a população portuguesa o principal objetivo. Ainda que este seja, efetivamente, o objetivo central, existem outros que podem ser considerados como objetivos complementares, sendo importante destacar os seguintes: apresentar o estado da arte no que concerne às definições dos conceitos de confusão aguda e crónica, *delirium* e demência, bem como ao seu diagnóstico diferencial; apresentar uma revisão sistemática da literatura relativamente ao *delirium* e/ou confusão aguda, e aos seus principais instrumentos de rastreio e/ou diagnóstico; apresentar resultados de um estudo descritivo-correlacional com o objetivo de perceber a existência de relações entre o *delirium* e/ou confusão aguda, e as características sociodemográficas e clínicas das pessoas idosas internadas; analisar criticamente os resultados obtidos no

trabalho de investigação realizado, bem como os benefícios e limitações da metodologia utilizada.

Sob o ponto de vista estrutural, o presente relatório encontra-se dividido em duas partes principais: o enquadramento concetual e teórico, e o estudo empírico. Assim, na primeira parte será apresentada uma revisão da literatura em que são definidos os conceitos de confusão aguda, confusão crónica, *delirium* e demência, bem como o diagnóstico diferencial entre estes fenómenos. Para além disso, será ainda possível encontrar uma revisão sistemática da literatura relativamente aos instrumentos de avaliação da confusão aguda e/ou *delirium*, com particular enfoque no CAM, Escala de Confusão NeeCham, critérios do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*[®] (DSM)-IV-TR[®] para avaliação do *delirium*, e critérios da *North American Nursing Diagnosis Association*[®] (NANDA[®]) para avaliação da confusão aguda. Na segunda parte do trabalho, será apresentada a metodologia seguida no estudo realizado (no que concerne à questão de partida, exploração, definição da problemática e construção do modelo de análise), bem como o trabalho de campo realizado e a sua análise (observação/colheita de dados, apresentação, análise e interpretação de resultados, e apresentação de conclusões).

Para a elaboração do presente relatório foram diversas as fontes de informação pesquisadas. Assim, as principais fontes de informação utilizadas para obter bibliografia para o presente trabalho foram as seguintes: livros e trabalhos académicos presentes na biblioteca da ESEP; livros e trabalhos académicos presentes na biblioteca da Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde (Porto); bases de dados *CINAHL Plus*[®] with Full Text, *MEDLINE*[®] with Full Text, *MedicLatina*[®], *Academic Search Complete*[®], *Regional Business News*[®], *Business Source Complete*[®], *ERIC*[®], *Library, Information Science & Technology Abstracts*[®], *SPORTDiscus*[®] with Full Text, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*[®], *Cochrane Central Register of Controlled Trials*[®], *Database of Abstracts of Reviews of Effects*[®], *Cochrane Database of Systematic Reviews*[®], *NHS Economic Evaluation Database*[®], *Health Technology Assessments*[®], *Cochrane Methodology Register*[®] e *SciELO*[®]; bases de dados incorporadas na *Web of Science*[®] e *ScienceDirect*[®]; *Trip Database*[®]; repositórios online, em particular o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal[®].

PARTE I - ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL E TEÓRICO

Na parte I, será apresentada uma revisão teórica dos conceitos inerentes à confusão, estados confusionais (agudos e crónicos) e *delirium* baseada, essencialmente, na literatura mais recente, que dará suporte à investigação realizada. Será dirigida para o contexto dos instrumentos de avaliação da confusão aguda e do *delirium*, referindo-se àqueles que são, de acordo com o atual estado da arte, os instrumentos psicométricos e critérios de referência para o diagnóstico e/ou avaliação da confusão aguda e do *delirium*.

1. DEFINIÇÃO DE CONCEITOS

Numa fase inicial da elaboração do enquadramento teórico do presente trabalho, importa apresentar, de forma detalhada, os principais conceitos em uso, especificamente os conceitos relativos a confusão, estados confusionais agudos e crónicos, *delirium* e demência.

Assim, nos sub-capítulos seguintes será realizada uma abordagem concetual relativa aos termos supracitados, tendo em vista uma exploração dos mesmos, sempre centrada naquele que é, atualmente, o estado da arte.

1.1. Confusão

O termo “confusão” foi introduzido pelos franceses, em particular por Delasiauve (1951, cit. por Berrios, 2011), na segunda metade do século XIX, fazendo referência a uma síndrome ampla que enfatizava, sobretudo, o pensamento caótico e as falhas cognitivas. Já na transição entre o final do século XIX e o início do século XX, Chaslin (1892, 1895, 1915, 1920, cit. por Berrios, 2011) e Bonhoeffer (1910, cit. por Berrios, 2011) redefiniram a confusão, passando a considerá-la como uma manifestação estereotipada de insuficiência cerebral aguda. Apesar de tudo, “confusão” continua a ser um termo ambíguo, que se refere a um estado mental caracterizado por uma disfunção cognitiva difusa, provocando problemas ao nível da compreensão, bem como perda da memória recente (Hall & Wakefield, 1996).

Mais recentemente, e fazendo uso da mais recente classificação de Enfermagem aceite pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE®) - Versão 2, a confusão é um tipo de **pensamento distorcido** caracterizado por um comprometimento da memória, com desorientação relativamente ao tempo, local ou pessoa (International Council of Nurses - ICN -, 2011). Já outros autores, como Carpenito-Moyet (2009) definem a confusão como sendo um estado em que a pessoa apresenta, ou está em risco de apresentar, perturbação ao nível da cognição, atenção, memória e orientação, de origem ou surgimento não determinado.

Selby (2006) define a confusão como sendo a perda da capacidade para reter informação, bem como para lembrar acontecimentos passados, associada à

perda de capacidade para interpretar as informações sensoriais. Refere ainda que a pessoa confusa apresenta desorientação e, por vezes, *distress*, bem como distúrbios do sono e da função física.

De acordo com Kane, Ouslander e Abrass (2004) as principais causas de confusão, sobretudo na população geriátrica, são o *delirium* e a *demência*. Citando a definição proposta, em 2000, pelo Dicionário Médico Stedman, Kane, Ouslander e Abrass (2004) definem a confusão como sendo um estado mental no qual as reações aos estímulos ambientais são inadequadas já que a pessoa se encontra perplexa, aturdida, ou incapaz de se orientar. No entanto este tipo de definição, ainda que muito amplo, é impreciso para poder apresentar utilidade clínica.

Ao nível do diagnóstico, Carpenito-Moyet (2009) apresenta um conjunto de características definidoras (*major* e *minor*) que permitem auxiliar a deteção de confusão. Assim, e como características *major* (que devem estar presentes para que possa ser realizado o diagnóstico), destaca os distúrbios de: consciência, atenção, percepção, ciclo sono-vigília, memória, orientação, raciocínio, e comportamento psicomotor (em específico no que diz respeito ao tempo de reação, fluxo da fala, escrita, movimentos involuntários, ou velocidade dos movimentos). Relativamente às características *minor* (que podem estar presentes, mas não necessariamente, para que possa ser realizado o diagnóstico), destacam-se: a percepção errónea, a hipervigilância, e a agitação.

Apesar da inclusão da “confusão” como hipótese diagnóstica, a autora (Ibidem) refere que esta apenas deve ser usada quando o surgimento ou a duração da mesma é ainda desconhecida, evitando rotular precipitadamente a confusão como sendo aguda ou crónica. Apesar de tudo, é referida a existência desses dois tipos de confusão, tal como apontado por alguns autores (Rapp et al., 2000; Selby, 2006) e pelo ICN (2011) que, no entanto, não apresenta, sob o ponto de vista da definição, a diferença entre ambas.

Nesse sentido, e pelo facto de não serem claras as diferenças entre a confusão aguda e a confusão crónica, os sub-capítulos seguintes terão como principal finalidade fazer uma distinção entre estes conceitos, no que concerne às suas definições e aos aspetos mais relevantes de cada uma das condições.

1.1.1. Confusão Aguda

O conceito de “confusão aguda” tem vindo a ser extensamente referido na literatura mas, quase sempre, de forma intercambiável com o *delirium* (os termos são, frequentemente, utilizados como tendo o mesmo significado clínico) (Hall &

Wakefield, 1996; Rapp et al., 2000; Registered Nurses Association of Ontario - RNAO -, 2003; Nakase-Thompson et al., 2004; Immers, Schuurmans & de Bijl, 2005; Chávez-Delgado et al., 2006; Ski & O'Connell, 2006; Leung et al., 2008; Carpenito-Moyet, 2009; Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009; Marcantonio et al., 2010; National Clinical Guideline Centre, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Vazquez et al., 2010; Silva, Silva e Marques, 2011). Assim, da pesquisa realizada, foram poucos os resultados encontrados e, alguns deles, ainda que não associando os termos “confusão aguda” e “*delirium*”, apresentavam definições de confusão aguda com os mesmos critérios que são universalmente aceites para a definição de *delirium*. Ainda assim, e considerando a dificuldade de dispor de definições de confusão aguda enquanto fenómeno diferenciado de *delirium*, no presente sub-capítulo serão apresentadas as diversas visões sobre a definição de confusão aguda presentes na literatura, que excluíssem, de forma expressa, uma relação de concordância direta entre a confusão aguda e o *delirium*.

Segundo a NANDA International (2010, p. 190), a confusão aguda é o “início abrupto de distúrbios reversíveis de consciência, atenção, cognição e percepção que ocorrem durante um breve período de tempo”. Já Carpenito-Moyet (2009, p. 210) apresenta uma definição em que cita a APA (2002), na quarta edição (revista) do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*® (DSM®), definindo a confusão aguda como um “estado em que há surgimento abrupto de um conjunto de distúrbios globais e oscilantes de consciência, atenção, percepção, memória, orientação, raciocínio, ciclo sono-vigília e comportamento psicomotor”. Assim, e sabendo que no DSM-IV-TR® não é feita qualquer referência à confusão aguda, é possível perceber que a autora (Carpenito-Moyet, 2009) faz um paralelismo linear entre os conceitos de “confusão aguda” e de “*delirium*”, assumindo-os como sinónimos.

Segundo Sendelbach, Guthrie e Schoenfelder (2009), o termo “confusão aguda” é usado para descrever défices cognitivos agudos associados a patologia grave. A confusão aguda é apresentada, teoricamente, como sendo uma condição ampla, que inclui alterações prodrómicas, como por exemplo a agitação e a ansiedade difusa. De acordo com Ackley e Ladwig (1999, cit. por Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009), o termo “confusão aguda” corresponde a um diagnóstico de Enfermagem que provém da experiência e da resposta comportamental da pessoa doente à sua condição de saúde.

Bates (2008) usa o termo “confusão” para se referir, claramente, à “confusão aguda”, deixando de parte a confusão crónica. De acordo com este autor (Ibidem), a confusão (aguda) é uma obnubilação da consciência caracterizada por

uma diminuição da capacidade de pensamento, compreensão, resposta e recordação de estímulos. As pessoas confusas apresentam-se desorientadas e apresentam uma diminuição da atenção, incapacidade para expressar pensamentos, sonolência e défices de memória. A confusão deve ser claramente distinguida da disfasia, amnésia, psicose aguda, lentificação típica da depressão grave e demência. De acordo com Inouye (2006, cit. por Bates, 2008), a confusão (aguda) é, frequentemente, encarada como o resultado de uma anormalidade tóxica ou metabólica, sobretudo nas pessoas idosas.

Selby (2006) refere-se à confusão aguda como sendo uma emergência médica e social. Assim, esta caracteriza-se por apresentar um surgimento abrupto, podendo incluir características como a desatenção, os distúrbios de sono, a desarticulação do discurso, alucinações e falta de consciência de auto-organização incluindo, por exemplo, a incontinência. Segundo a autora (Ibidem), a confusão aguda tem uma causa orgânica direta, apesar de poder ser, igualmente, o início de uma situação de confusão crónica.

De acordo com Neelon e Champagne (1992, cit. por Neves, 2008), a confusão aguda apresenta-se como um espectro de respostas psicofisiológicas não adaptativas que se caracterizam pela presença de pensamento desordenado (incluindo distúrbios perceptuais, de pensamento e de memória), de disfunção do sistema ativador reticular (influyente na atenção e na capacidade de despertar), e de disfunção do sistema nervoso autónomo (que tem uma clara influência nas funções psicomotoras e reguladoras). Segundo as mesmas autoras (1996, cit. por Neves, 2008), existem três tipos de padrão explicativo do desenvolvimento de confusão aguda: o cognitivamente restrito (que se observa em pessoas com baixa reserva cognitiva, e em pessoas facilmente afetadas por alterações sensório-ambientais); a instabilidade fisiológica (que resulta de alterações patofisiológicas); a instabilidade metabólica (que resulta de toxicidades induzidas farmacologicamente ou metabolicamente alterando, dessa forma, o funcionamento bioquímico).

Segundo a NANDA International (2010), a confusão aguda apresenta um conjunto de características particulares que permitem a realização de um diagnóstico diferencial com um grau considerável de segurança. Assim, as características definidoras da confusão aguda são: o aumento do nível de agitação; a presença de alucinações; a falta de motivação para iniciar e/ou manter um comportamento dirigido para uma meta; a falta de motivação para iniciar e/ou manter um comportamento voluntário; a flutuação na atividade psicomotora; a flutuação ao nível cognitivo; a flutuação do nível de consciência; o aumento da inquietação; a presença de percepções erróneas. Ainda de acordo com a NANDA

International (Ibidem), os fatores que podem estar relacionados com a confusão aguda são: o abuso de álcool e/ou de drogas; o *delirium*; a demência; as flutuações do ciclo sono-vigília; a idade superior a 60 anos.

1.1.2. Confusão Crónica

O termo “confusão crónica” é extremamente difícil de encontrar na literatura, já que grande parte dos autores fazem uma relação direta entre a confusão crónica e a demência (Hall & Wakefield, 1996; Rapp et al., 2000; Selby, 2006; Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009), utilizando frequentemente os conceitos quase como se de sinónimos se tratassem.

Assim, os conceitos que serão apresentados são apenas aqueles em que os autores fazem referência à confusão crónica de forma isolada relativamente a qualquer outra entidade nosológica, ou em que a consideram como sendo um sinal de demência, mas não um sinónimo da patologia. A NANDA International (2010) apresenta uma definição de confusão crónica, em que a considera uma deterioração não reversível, prolongada e/ou progressiva da personalidade e do intelecto, que se caracteriza por uma diminuição da capacidade para a interpretação dos estímulos ambientais e para o processo de pensamento intelectual, sendo manifestada por perturbações de memória, da orientação e do comportamento. Já Carpenito-Moyet (2009), autora com grande ligação ao grupo NANDA, apresenta uma definição de confusão crónica extremamente similar à apresentada pela NANDA International (2010), mas um pouco mais simplista, definindo-a como um estado em que a pessoa apresenta uma deterioração irreversível, duradoura e/ou progressiva do intelecto e da personalidade.

Selby (2006) refere que a confusão crónica se caracteriza pelo seu início insidioso, em que predominam as perturbações ao nível da memória e do humor, e as alterações na personalidade, com evolução negativa no que concerne ao autocuidado. Assim, as pessoas que apresentam confusão crónica são altamente vulneráveis, podendo desenvolver uma situação de confusão aguda que se sobrepõe à sua condição de base. Nesse caso, cria-se uma situação de emergência social ou médica.

De acordo com Sands (*in* Phipps, Sands & Marek, 2003) a confusão crónica, não sendo um sinónimo de demência, tem nesta a sua forma mais comum. Assim, pelo facto de o declínio cognitivo ser, geralmente, progressivo e irreversível, a doença de Alzheimer acaba por se poder considerar como o exemplo clássico de uma demência caracterizada pela confusão crónica. Nesse sentido, considera-se

que a idade avançada é um fator predisponente importante para o surgimento de confusão crónica.

Ried e Dassen (2000), deparando-se com o uso habitual, como sinónimos, dos termos “confusão crónica”, “demência” e “síndrome de interpretação ambiental prejudicada” (ou, simplesmente, desorientação), realizaram uma revisão sistemática da literatura, de forma a ser possível fazer uma comparação entre estes termos. Assim, e partindo da definição de confusão crónica apresentada pela NANDA International, os autores (Ibidem) apontam para o facto de esta não apresentar qualquer critério temporal. Nesse sentido, McWorther e French (1997, cit. por Ried & Dassen, 2000) tornam a definição mais completa, acrescentando que a definição de confusão crónica só deve ser aplicada a pessoas que apresentem a condição durante um período de tempo superior a seis meses.

A NANDA International (2010) apresenta um conjunto de características definidoras do diagnóstico de Enfermagem “confusão crónica”. Entre essas características incluem-se: a evidência clínica de um distúrbio orgânico; a alteração da interpretação; a perturbação da memória de curto e de longo prazo; as alterações ao nível da personalidade; a presença de défice cognitivo prolongado; uma progressão negativa ao nível do défice cognitivo; problemas ao nível da socialização; a ausência de alterações ao nível da consciência. Ried e Dassen (2000) tecem algumas críticas a estas características, pelo facto de considerarem que nenhuma delas é diretamente observável, o que poderia ser extremamente útil para a formulação do diagnóstico. Para além disso, acreditam que as características apresentadas são muito abstratas já que, por exemplo, a característica “perturbação da memória” já se encontra incluída na “presença de défice cognitivo” na medida em que, segundo McDougall e Ebersole (1998, cit. por Ried & Dassen), o termo “défice cognitivo” engloba um vasto leque de distúrbios ao nível do funcionamento cognitivo, devendo fazer-se uma especificação clara desses défices (e.g., défice de atenção, concentração, capacidade de tomada de decisão, etc.).

Ao nível dos fatores relacionados com a confusão crónica, existem duas correntes bastante distintas. Existe um grupo de autores (de literatura relacionada com os diagnósticos de Enfermagem) que se foca, somente, no aspeto orgânico, como é o exemplo da NANDA International (2010), que apresenta o Acidente Vascular Cerebral (AVC), a doença de Alzheimer, a demência vascular, o traumatismo crânio-encefálico, e a síndrome de Wernicke-Korsakoff como fatores relacionados com a confusão crónica. Existe ainda um segundo grupo de autores que incluem, entre os fatores relacionados com a confusão crónica: os fatores psicológicos, como os eventos críticos ou as condições de vida e as características

particulares da personalidade; os fatores ecológicos, como a falta de estimulação; os fatores sociais, como a rotulação da pessoa confusa devido ao seu comportamento desviante (Kitwood, 1989, Saup, 1989, Landerer, 1991, Heinemann-Knoch et al., 1992, Kitwood & Bredin, 1992, Grond, 1997, Hanson, 1997, cit. por Ried & Dassen, 2000). De acordo com os primeiros autores, nos quais se inclui o grupo NANDA, um diagnóstico de confusão crónica só faz sentido se este for baseado na presença de uma perturbação orgânica e, preferencialmente, se estivermos na presença de um tipo irreversível de demência. No entanto, Müller (1994, cit. por Ried & Dassen, 2000) discorda da definição apresentada pelo grupo NANDA, na medida em que a autora refere que a característica mais marcante da confusão crónica, e que a distingue de todas as outras entidades nosológicas, é o facto de esta poder estar relacionada não apenas com fatores patofisiológicos, mas também com fatores sociais e psicológicos.

1.2. Demência

A demência é definida como uma deterioração adquirida das capacidades cognitivas que prejudica o desempenho das atividades de vida diária (AVD). A memória é, geralmente, a capacidade cognitiva que sofre uma perda mais acentuada nas pessoas com demência. Para além da memória, outras capacidades mentais são, igualmente, afetadas na presença de uma demência, como por exemplo a linguagem, as capacidades visuoespaciais, o cálculo, a capacidade de tomada de decisão, e a capacidade de resolução de problemas (Bird & Miller *in* Fauci et al., 2008).

Estimava-se que, em 2001, existiria uma prevalência mundial de 24,3 milhões de casos de demências, com um registo de 4,7 milhões de novos diagnósticos anuais (Ferri et al., 2005, cit. por Cunha et al., 2009). Tal como referido, deve falar-se em demências, e não em demência, já que as suas causas e tipologias são diversas. Em Portugal, os mais recentes dados epidemiológicos (Alzheimer Portugal, 2009) apontam para a existência de 153 000 pessoas com demência, das quais 90 000 têm doença de Alzheimer. Assim, e perante este contexto, espera-se que nos próximos 30 anos os valores de incidência e de prevalência dessa patologia, em concreto, aumentem de forma muito significativa, sobretudo devido a um aumento do número de pessoas que se situam em faixas etárias superiores a 65 anos, e por se verificarem importantes progressos ao nível das metodologias de diagnóstico, o que poderá permitir realizar o diagnóstico de uma maior percentagem de casos (Sequeira, 2007).

Analisando a patologia, é fundamental fazer referência aos sintomas psicológicos e comportamentais da demência (SPCD), já que estes constituem uma característica fundamental, e embora não formem uma categoria diagnóstica, englobam um conjunto heterogêneo de comportamentos e de sintomas que ocorrem, com frequência, em pessoas com qualquer tipo de demência. Assim, os SPCD referem-se a comportamentos observáveis (e.g., agitação, agressividade, deambulação, perturbações do sono, do comportamento sexual e alimentar), mas também a sintomas psicológicos, não visíveis, e experienciados pela própria pessoa (como a depressão, a ansiedade, os delírios e as alucinações) (Cunha et al., 2009).

Apesar da diversidade de literatura, sobretudo médica, acerca da demência, o diagnóstico da patologia deve obedecer aos critérios definidos, pelas versões mais recentes, quer da Classificação Internacional das Doenças® (CID®) (classificação aceite pela OMS), quer do DSM® (classificação mais compreensiva, seguindo a corrente de Psiquiatria dos Estados Unidos da América). Assim, e começando por analisar a proposta presente no DSM-IV-TR®, a APA (2002) afirma que a característica principal da demência é o desenvolvimento de múltiplos défices cognitivos que incluem sempre uma diminuição da memória e, no mínimo, uma das seguintes perturbações cognitivas: afasia, apraxia, agnosia ou perturbação na capacidade de execução. Para além disso, os défices cognitivos têm que apresentar um nível de gravidade que leve a uma diminuição do funcionamento social ou ocupacional, e a um declínio relativamente ao nível prévio de funcionamento. Apesar disso, se os sintomas estiverem presentes, somente, durante a evolução de um episódio de *delirium*, não deve ser realizado o diagnóstico de demência. Já a proposta presente na CID-10®, desenvolvida pela OMS (2007), apresenta uma definição com critérios de diagnóstico menos bem definidos, referindo apenas que a demência é uma síndrome derivada de patologia cerebral, geralmente de natureza crónica ou progressiva, em que se verifica uma perturbação de diversas funções corticais superiores, ao nível da memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, capacidade de aprendizagem, linguagem, e capacidade de tomada de decisão. É feita ainda referência ao facto de a consciência não se apresentar obnubilada, e à frequente relação entre os défices da função cognitiva e a deterioração do controlo emocional, comportamento social, ou motivação.

Ao nível etiológico, a demência possui um conjunto muito significativo de causas, mas é importante perceber que a do tipo Alzheimer e a vascular representam, em conjunto, até 75% da totalidade dos casos (Sadock & Sadock, 2007). A demência pode, portanto, resultar de um conjunto bastante amplo de

perturbações e estados. Assim, algumas perturbações provocam, invariavelmente, demência, enquanto outras o fazem apenas em alguns casos. Como tal, para algumas etiologias, a demência é crónica, progressiva e irreversível (tendo em conta as abordagens atualmente disponíveis), mas para as outras causas de demência os sintomas podem ser contidos ou até mesmo anulados em diversos graus, com recurso a tratamentos específicos. Assim, existe uma grande variedade de etiologias frequentes (situações gerais do foro médico) e medicamentos que podem provocar sintomas de demência (Spar & La Rue, 2005).

Apesar de as demências reversíveis existirem, e serem relevantes, estas são responsáveis por menos de 20% de todas as causas de demência na maioria das suas tipologias (Clarfield, 1988, Costa et al., 1996, cit. por Kane, Ouslander & Abrass, 2004). Para além disso, encontrar uma causa reversível não torna totalmente garantido que a demência irá evoluir positivamente após a suposta causa ter sido tratada (Kane, Ouslander & Abrass, 2004). Entre as causas de demência reversível incluem-se: as neoplasias, os distúrbios metabólicos, as toxinas (e.g., o alcoolismo), as infeções, os distúrbios autoimunes, os fármacos, os distúrbios nutricionais, os distúrbios psiquiátricos (como a depressão), e outros distúrbios (como a hidrocefalia com pressão normal) (Katzman et al., 1988, Costa et al., 1996, cit. por Kane, Ouslander & Abrass, 2004).

Falar em demência implica, necessariamente, fazer referência aos prestadores de cuidados informais, pelo desgaste a que estes estão sujeitos devido à tarefa de prestação de cuidados. Em Portugal, os cuidadores são, essencialmente, adultos com idades superiores a 40 anos e idosos com idades superiores a 60 anos. Devido à necessidade de cuidados durante 24 horas por dia (por parte da pessoa doente), os prestadores de cuidados enfrentam grandes dificuldades, entre as quais se contam: os problemas relacionais; as restrições sociais; as dificuldades ligadas às exigências do cuidar; as reações do cuidador ao ato de cuidar; o défice ou ausência de apoio familiar; o défice ou ausência de apoio profissional; os défices de informação; as dificuldades ligadas ao desempenho do papel; as dificuldades para lidar com os problemas e sofrimento da pessoa doente; as dificuldades relacionadas com a agressividade e a comunicação da pessoa doente (Sequeira, 2010).

Ao nível concetual, diversas outras definições de demência são apresentadas pelos mais variados autores (Hall & Wakefield, 1996; Fick, Agostini & Inouye, 2002; RNAO, 2003; Gillis & MacDonald, 2006; Neville & Gilmour, 2007; Somes et al., 2010; Keenan et al., 2011), sendo todas elas consensuais na grande maioria dos aspetos, na medida em que a demência, enquanto entidade nosológica, tem sido vastamente estudada, apresentando critérios de diagnóstico e/ou avaliação

universalmente aceites. Nesse sentido, todos estes autores (Ibidem) apontam a demência (que se agrupa em categorias relacionadas com as suas causas, como a doença de Alzheimer, demência vascular e demência relacionada com outras condições médicas) como sendo uma patologia com início insidioso, marcada por perdas progressivas ao nível da cognição (causadas pelos danos verificados no córtex cerebral), resultando em problemas ao nível da memória, linguagem e funcionamento.

1.3. *Delirium*

As referências a associações entre as doenças físicas e as doenças mentais podem ser encontradas em escritos médicos desde a antiguidade. Assim, por exemplo, entre os gregos, os termos que se assemelhavam a *delirium* (frenite e letargia) referiam-se a perturbações graves ao nível do pensamento, humor e ação, sempre associados à presença de doença física. Desde a época hipocrática que o *delirium* tem sido considerado o resultado do prejuízo mental global ou de danos específicos ao “intelecto” (Berrios, 2011).

O *delirium* é um termo utilizado para descrever um estado confusional agudo, continuando a apresentar-se como uma das causas *major* de morbilidade e de mortalidade. O *delirium*, vulgarmente, não é identificado, apesar de ser claramente evidente que este, normalmente, é a manifestação cognitiva que se encontra por detrás de graves patologias médicas ou neurológicas (Josephson & Miller *in* Fauci et al., 2008).

Ao nível da prevalência do *delirium*, esta depende da população em risco e dos critérios de diagnóstico que forem utilizados (Spar & La Rue, 2005). De acordo com uma revisão da literatura realizada por Bucht et al. (1999, cit. por Spar & La Rue), cerca de 15% das pessoas internadas em serviços hospitalares agudos apresentam *delirium* em determinado momento, sendo a taxa ainda mais elevada nas pessoas que residem em lares de idosos. Os fatores de risco para a ocorrência de *delirium* são, predominantemente, a idade e a lesão cerebral anterior (incluindo a demência), mas existem também estudos que identificaram o défice visual, a doença grave e a desidratação como fatores de risco, sendo que o uso de contenção física, a desnutrição, um número superior a três medicamentos administrados no hospital, a algaliação, e eventos iatrogénicos se apresentam como fatores precipitantes que aumentam, consequentemente, o risco de *delirium* (Inouye, 2000, cit. por Spar & La Rue, 2005).

Sob o ponto de vista da caracterização epidemiológica, não se pode considerar o *delirium* como um transtorno comum, já que, segundo a APA (2002), a sua

prevalência na população geral é de somente 0,4% em pessoas a partir dos 18 anos, e de 1,1% para pessoas a partir dos 55 anos. Apesar disso, cerca de 10 a 30% das pessoas com doenças médicas que são internadas apresentam *delirium* sendo que, por exemplo, cerca de 30% das pessoas em unidades de tratamento intensivo cirúrgicas e cardíacas, e 40 a 50% das que se encontram em recuperação de cirurgia por fratura nos quadris sofrem episódios de *delirium*. Sabendo que as principais causas de *delirium* são as doenças do sistema nervoso central (como a epilepsia), as doenças sistêmicas (como a insuficiência cardíaca), ou a intoxicação ou abstinência de agentes tóxicos ou farmacológicos, não se pode nunca descuidar o facto de que qualquer fármaco utilizado pode ser etiológicamente relevante para causar *delirium*.

Ao nível clínico, o *delirium* pode ser considerado como uma síndrome com uma amplitude de alterações que incluem os distúrbios cognitivos, perceptuais, motores, afetivos e de sono (Meagher et al., 2007, cit. por Henderson, 2008). De entre essas alterações, a mais comum é a desatenção (dificuldade em focar a atenção em algo ou alguém), que se encontra presente em 97% dos casos (Henderson, 2008). As pessoas que experienciam situações de *delirium* durante o internamento apresentam maior risco de ter reações adversas à medicação, contrair infeções hospitalares, cair, desenvolver úlceras de pressão, e de ter um período de internamento mais longo comparativamente com as pessoas que não desenvolvem situações de *delirium* (Foreman et al., 1999, Kales et al., 2003, cit. por Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009). Para além disso, o *delirium* apresenta-se fortemente associado a um empobrecimento do *status* funcional e a uma maior necessidade de cuidados, ao nível institucional (O’Keeffe & Lavan, 1997, Dolan et al., 2000, Marcantonio et al., 2000, Edelstein et al., 2004, cit. por Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009).

Apesar das diversas definições de *delirium* apresentadas, tal como sucede com a demência, o diagnóstico deste também se deve realizar a partir de critérios perfeitamente padronizados, publicados, e aceites pela comunidade científica, sendo, igualmente, a CID-10® e o DSM-IV-TR®, atualmente, os *gold standard* no que se refere aos critérios clínicos para o diagnóstico dessa condição patológica. Tal como sucede com a demência, os critérios apresentados pela APA (2002) no DSM-IV-TR® são mais descritivos, sendo estes seguidos, sobretudo, no seu país de origem (Estados Unidos da América). Já os critérios apresentados pela OMS (2007) (ou seja, pela organização que regula as classificações em saúde a nível mundial) na CID-10®, apesar de igualmente rigorosos, são menos descritivos, sendo esta a corrente mais seguida a nível europeu.

Assim, a APA (2002) refere que o *delirium*, essencialmente, é uma perturbação da consciência (manifestada por uma redução da perceção do ambiente) acompanhada por uma alteração na cognição (que pode incluir diminuição da memória, desorientação ou perturbação da linguagem) que não pode ser atribuída a uma demência previamente existente ou em evolução. Para além disso, o desenvolvimento da perturbação ocorre num curto período de tempo, geralmente de horas a dias, tendo tendência a flutuar ao longo do dia. Já a OMS (2007) define o *delirium* como uma síndrome cerebral orgânica de etiologia não específica, que se caracteriza pela presença concorrente de distúrbios de consciência e de atenção, perceção, pensamento, memória, comportamento psicomotor, emoções e ciclo sono-vigília. A duração do *delirium* apresenta variabilidade, e o grau de gravidade varia entre o ligeiro/reduzido e o muito grave.

Sob o ponto de vista concetual, diversas são as definições de *delirium* apresentadas pelos mais variados autores (Inouye et al., 1990; Hall & Wakefield, 1996; Feldman et al., 1999; Élie et al., 2000; Rapp et al., 2000; Fabbri et al., 2001; Monette et al., 2001; Fick, Agostini & Inouye, 2002; RNAO, 2003; González et al., 2004; Nakase-Thompson et al., 2004; Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005; Inouye et al., 2005; Marcantonio, 2008; Milisen et al., 2005; Chávez-Delgado et al., 2006; Gillis & MacDonald, 2006; Inouye, 2006; Lemiengre et al., 2006; McAvay et al., 2006; Gemert van & Schuurmans, 2007; Michaud et al., 2007; Neville & Gilmour, 2007; Bates, 2008; Henderson, 2008; Lowery et al., 2008; Van Rompaey et al., 2008a; Van Rompaey et al., 2008b; Waszynski & Petrovic, 2008; Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009; Adamis et al., 2010; Burge et al., 2010; National Clinical Guideline Centre, 2010; National Institute for Health and Clinical Excellence, 2010; Somes et al., 2010; Tobar et al., 2010; Torres-Pérez et al., 2010; Vazquez et al., 2010; Wong et al., 2010; Keenan et al., 2011; Mangnall, Gallagher & Stein-Parbury, 2011; O'Mahony et al., 2011; Silva, Silva e Marques, 2011), mas todas elas apresentam alguns pontos em comum, sendo sempre destacado o facto de este representar um declínio agudo (portanto, abrupto) ao nível da cognição e da atenção (apesar de esta constituir uma redundância, visto que a atenção é parte integrante da cognição). Assim, verifica-se que existe um conjunto de critérios definidores de *delirium*, mas alguns desses critérios são considerados *major* para o seu diagnóstico, dada a frequência da sua presença.

2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Após a apresentação de uma proposta de explicitação dos conceitos de “confusão aguda”, “confusão crónica”, “demência” e “*delirium*”, baseada numa revisão da literatura abrangente, torna-se importante perceber quais são os pontos de proximidade e de distanciamento entre estes conceitos, ou seja, em termos práticos, quais são as diferenças entre eles.

Pela análise dos conceitos abordados no capítulo anterior, verifica-se que existem importantes pontos comuns entre eles, podendo mesmo ficar a ideia que alguns são sinónimos entre si, dadas as suas semelhanças. No entanto, todos estes termos apresentam significados distintos, sendo importante, sobretudo para a prática clínica, a capacidade de realização do diagnóstico diferencial de acordo com critérios concretos e cientificamente validados.

Nesse sentido, os sub-capítulos seguintes servirão para apresentar o diagnóstico diferencial entre os conceitos abordados, de forma emparelhada, de modo a ser possível uma melhor compreensão da terminologia apresentada ao longo do presente trabalho.

2.1. *Delirium* versus Demência

O *delirium* e a demência são, desde logo, duas entidades nosológicas que representam diagnósticos médicos, presentes na mais atual Classificação Internacional de Doenças - CID-10[®] (OMS, 2007), no principal livro de referência ao nível do diagnóstico de perturbações mentais - DSM-IV-TR[®] (APA, 2002), e no principal compêndio de Psiquiatria - Kaplan (Sadock & Sadock, 2007).

Segundo Sendelbach, Guthrie e Schoenfelder (2009) existe uma importante diferença entre o *delirium* e a demência, estabelecendo-se uma relação com os estados confusionais. Assim, enquanto que no *delirium* a pessoa apresenta um estado confusional agudo, na demência verifica-se a presença de um estado confusional crónico. Como tal, de acordo com Marcantonio (2008), para se perceber se a pessoa apresenta *delirium* ou demência, deve existir conhecimento acerca do *status* mental de base da mesma, visto que uma alteração aguda do estado mental, bem como um curso flutuante rápido (de minutos a horas) e um

nível anormal de consciência são altamente sugestivos de *delirium*, e não de demência.

Apesar de essa ser a diferença mais evidente entre o *delirium* e a demência, existem igualmente outros pontos de distanciamento significativos, ao nível dos sintomas principais, progressão, curso e duração da patologia, nível de alerta, atenção, pensamento, memória, orientação, percepção e fatores impulsionadores (Tabela 1).

Tabela 1 - Diagnóstico Diferencial entre *Delirium* e Demência

Caraterística	<i>Delirium</i>	Demência
Início	Agudo	Insidioso
Sintomas Principais	Défices em funções essenciais (défice cognitivo agudo, desatenção, quedas), com flutuação dos sintomas	Perdas ao nível da memória
Progressão	Abrupta	Lenta, mas com um constante declínio ao longo do tempo
Curso	Curto, sintomas pioram à noite e ao início da manhã	Longo, com progressão dos sintomas
Duração	De horas a menos de um mês	De meses a anos
Nível de Alerta	Letárgico ou hipervigil	Normal
Atenção	Distrai-se facilmente, capacidade diminuída para focar a atenção	Normal
Pensamento	Distorcido, lento ou acelerado com discurso desconexo	Capacidade de tomada de decisão diminuída, e dificuldades ao nível do pensamento abstrato
Memória	Défices de memória imediata e recente	Défices de memória de curto e de longo prazo
Orientação	Geralmente perturbada	Pode estar perturbada
Percepção	Distorcida (delírios e alucinações)	Percepções erróneas geralmente ausentes
Fatores Impulsionadores	Multifatoriais: mudanças ambientais, stress, doença, medicação, défices sensoriais	Doença de Alzheimer, défices de Vitamina B12, Acidente Isquémico Transitório, demência vascular

Fonte: Adaptado de Rapp et al. (2001), Rockwood (2002), Edwards (2003) e RAO (2003), cit. por Gillis & MacDonald (2006)

De acordo com Sadock e Sadock (2007), existem diversas características que representam uma importante ajuda para a realização do diagnóstico diferencial entre demência e *delirium*. Assim, desde logo, verifica-se a questão do início da sintomatologia, que no caso do *delirium* é repentino, enquanto que na demência este costuma ser insidioso. Ao nível cognitivo, ainda que ambas as condições incluam a presença de défices cognitivos, no caso da demência estes são, frequentemente, mais estáveis ao longo do tempo não se verificando, por exemplo, oscilações/flutuações significativas ao longo de um dia. O nível de alerta é outro indicador importante, já que uma pessoa com demência se encontra, geralmente, alerta, enquanto que no *delirium* se verificam momentos de redução da consciência.

Apesar da existência de pontos de separação entre o *delirium* e a demência, estas entidades nosológicas não são incompatíveis, já que existe a possibilidade de elas se sobreporem (APA, 2002; Fick, Agostini & Inouye, 2002; Sadock & Sadock, 2007). Assim, e de acordo com uma revisão sistemática da literatura realizada em 2002 por Fick, Agostini e Inouye, a prevalência de *delirium* sobreposto a demência varia entre os 22% e os 89% nas pessoas: internadas ou na comunidade; com idade igual ou superior a 65 anos; com uma demência pré-existente diagnosticada. Segundo diversos estudos (Chalmers et al., 1981, Inouye et al., 1993, Marcantonio et al., 1994, Culpe et al., 1997, Elie et al., 1998, Fick & Foreman, 2000, cit. por Fick, Agostini & Inouye, 2002), o *delirium* pode estar associado com o subsequente desenvolvimento de demência e, inversamente, a demência pode associar-se a uma risco aumentado do desenvolvimento de *delirium*. Frequentemente, o *delirium* sobreposto a uma demência é tido como pouco importante, e muitas vezes rotulado como síndrome de *sundowning* ou como uma exacerbação da demência que se poderá resolver quando a pessoa regressar para sua casa. No entanto, uma alteração aguda no estado mental de uma pessoa com doença de Alzheimer previamente diagnosticada deve ser reconhecida como um fenómeno clínico extremamente importante, que requer uma avaliação médica imediata (já que se trata de uma emergência médica) e tratamento (sempre centrado na eliminação da causa que lhe deu origem) (Fick, Agostini & Inouye, 2002).

2.2. Confusão Aguda versus Confusão Crónica

O ICN (2011), através da mais recente CIPE® Versão 2, apresenta como diagnósticos de Enfermagem possíveis, relacionados com o foco de atenção “confusão”, a confusão aguda e a confusão crónica. Porém, e tal como se tinha

vindo a verificar com as versões anteriores da classificação (ICN, 2003, 2005), não existe uma clarificação entre esses dois diagnósticos de Enfermagem.

Nesse sentido, importa tentar perceber quais são as diferenças existentes entre esses dois tipos de confusão e, para tal, servirá como grande suporte, sobretudo, a classificação norte-americana sugerida pelo grupo NANDA. Assim, e segundo a análise dos conceitos apresentados por Selby (2006), Carpenito-Moyet (2009), e NANDA International (2010) verifica-se que as grandes diferenças se encontram, principalmente, ao nível do início da condição, sua duração, flutuação, consciência, atenção, e fatores relacionados (Tabela 2).

Tabela 2 - Diagnóstico Diferencial entre Confusão Aguda e Confusão Crónica

Caraterística	Confusão Aguda	Confusão Crónica
Início	Abrupto	Insidioso
Duração	Reversível (breve período de tempo)	Irreversível, prolongada e/ou progressiva
Flutuação	Presente	Ausente
Consciência	Distúrbios de consciência	Sem alterações do nível de consciência
Atenção	Diminuída	Normal
Agitação/Inquietação	Presente	_____
Perceção	Perceções erróneas, alucinações possivelmente presente	Interpretação alterada
Humor	_____	Alterado
Memória	_____	Défice da memória de curto e longo prazo
Socialização	_____	Prejudicada
Personalidade	_____	Alterada
Fatores Relacionados	Abuso de álcool e drogas, <i>delirium</i> , demência, flutuação do ciclo sono-vigília, idade superior a 60 anos	AVC, demência vascular, doença de Alzheimer, Síndrome de Wernicke-Korsakoff, traumatismo crânio-encefálico

Fonte: Elaborado a partir dos dados apresentados por Selby (2006), Carpenito-Moyet (2009) e NANDA International (2010)

Alguns autores, como o *Iowa-Veterans' Affairs Nursing Research Consortium* (IVANRC) (cit. por Rapp et al., 2000) e Selby (2006), referem que a confusão crónica (que, segundo os autores, se associa diretamente à demência, ainda que esta ligação não seja unânime na literatura) é um fenómeno distinto da confusão

aguda, apesar de esta última poder ocorrer, de forma sobreposta, à confusão crónica.

Assim, e sobretudo pela análise da Tabela 2, podem retirar-se algumas ilações: antes de mais, a escassez de literatura (decorrente da pesquisa realizada) que apresente dados/caraterísticas diferenciadoras entre a confusão aguda e a confusão crónica (a grande maioria dos autores utiliza, sobretudo, os diagnósticos médicos “*delirium*” e “demência”); por um lado, verifica-se que os termos “confusão aguda” e “confusão crónica” apresentam significados distintos; por outro lado parece existir uma grande similaridade entre as tabelas que permitem a comparação “*delirium*/demência” e “confusão aguda/confusão crónica”, podendo mesmo levar a concluir que *delirium* é sinónimo de confusão aguda e demência é sinónimo de confusão crónica.

No entanto, essa relação de sinonímia não é unânime na literatura, ainda que grande parte da bibliografia consultada apresente, por parte dos autores, uma apresentação dos termos que a tal poderia induzir. Porém, importa apresentar visões diferentes, e que mostram que, apesar das fortes semelhanças, os termos não são exatamente iguais. Nesse sentido, os sub-capítulos seguintes serão dedicados à realização desse diagnóstico diferencial que, sobretudo no que se refere à distinção entre *delirium* e confusão aguda, servirá de pedra basilar na construção do presente trabalho.

2.3. Confusão Crónica *versus* Demência

Na abordagem à confusão crónica e à demência, e ainda que alguns autores (Rapp et al., 2000; Selby, 2006; Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009) as utilizem de forma intercambiável, verifica-se, desde logo, uma diferença muito significativa: enquanto que a confusão crónica representa um diagnóstico de Enfermagem (NANDA International, 2010; ICN, 2011), a demência é, na sua essência, um diagnóstico médico (APA, 2002; OMS, 2007; Sadock & Sadock, 2007; Bird & Miller in Fauci et al., 2008). Esse ponto acaba por ser, de imediato, e ao nível da prática clínica, uma importante fronteira entre aquele que deve ser um foco de atenção (confusão) e diagnóstico de Enfermagem (confusão crónica), e aquele que deve ser um diagnóstico médico (demência), não devendo os profissionais de saúde ultrapassar os limites da multidisciplinaridade, entrando na formulação de diagnósticos que são “propriedade” de outras disciplinas da área da saúde.

A pesquisa realizada evidencia, tal como referido, um conjunto de perspetivas (sendo assim consideradas visto que se verifica uma ausência de

apresentação da evidência que suporta a posição) que apontam para uma eventual relação de sinonímia entre os conceitos “confusão crónica” e “demência”. Ainda assim, não foi encontrado um número significativo de estudos que se dedicassem a uma reflexão acerca destes dois conceitos, e dos pontos de encontro e de afastamento entre eles. Contudo, foi possível identificar uma revisão da literatura, realizada em 2000 por Ried e Dassen que, pelo facto de se ter dedicado exclusivamente à clarificação de conceitos, será utilizada como base para a análise a realizar. Apesar de se tratar de um estudo isolado, deve ser tido em especial consideração, já que a metodologia utilizada (comparação de conceitos baseada na literatura) é a recomendada para a clarificação de conceitos (Morse et al., 1997, cit. por Ried & Dassen, 2000).

Desde logo, e com base no estudo supracitado (Ried & Dassen, 2000), é importante colocar a seguinte questão: ainda que a demência seja um diagnóstico médico e a confusão crónica seja um diagnóstico de Enfermagem, se ambas descrevem o mesmo fenómeno (posição defendida por diversos autores) porque é que estas necessitam de dois “rótulos” diferentes? A somar a esta questão, outras podem, de imediato emergir: uma pessoa com demência é sempre cronicamente confusa? Ou, uma pessoa cronicamente confusa tem sempre uma demência?

Partindo destas questões, importa analisar as classificações médicas (CID-10® e DSM-IV-TR®) e as classificações de Enfermagem (no caso, a NANDA), e proceder à comparação dos critérios de diagnóstico. A partir desta análise, é possível retirar algumas ilações interessantes, relativamente às semelhanças e diferenças entre os conceitos (Tabela 3).

Tabela 3 - Comparação entre “Demência” e “Confusão Crónica”

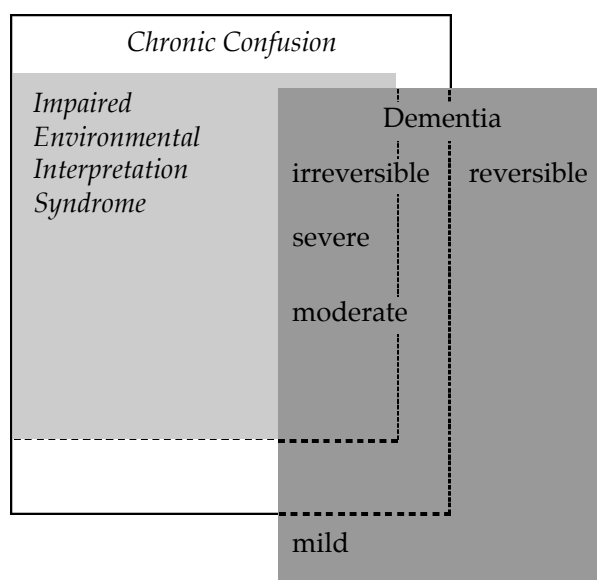
CrITÉRIOS	Demência	Confusão Crónica
Fatores Relacionados	Doença de Alzheimer, demência vascular, outras condições que, primariamente ou secundariamente afetam o cérebro	Doença de Alzheimer, síndrome de Wernicke-Korsakoff, demência vascular (multienfartes), lesões na cabeça
Tempo	Superior a seis meses	Superior a seis meses
Processo	De longa duração ou progressivo, com processos reversíveis incluídos	De longa duração e/ou progressivo, irreversível
Caraterísticas Constitutivas	Distúrbio das funções corticais superiores; deterioração do controlo emocional, comportamento social ou motivação	Deterioração do intelecto; deterioração da personalidade.
Caraterísticas Definidoras	Evidência de declínio na memória; evidência de défice no pensamento; declínio das capacidades para executar as AVD	Evidência clínica de distúrbio orgânico; interpretação / resposta a estímulos alterada; défice cognitivo de longa duração / progressivo

Fonte: Adaptado de OMS (1992) e NANDA (1999), cit. por Ried e Dassen (2000)

Assim, da análise resulta a verificação de que ambos os conceitos se referem a causas patofisiológicas e a uma condição de longa duração. Porém, enquanto que na demência é feita referência, em algumas situações, à reversibilidade, no caso da confusão crónica são apenas apontados os tipos irreversíveis de demência. A somar a este facto, a OMS (1992, cit. por Ried & Dassen, 2000) aponta para a diferenciação da demência em três estádios, de acordo com o declínio da memória e da capacidade de pensamento: estágio ligeiro; estágio moderado; estágio grave. A maior parte da investigação em Enfermagem centra-se no segundo e terceiro estádios da demência (em que os cuidados de Enfermagem mais intensivos são necessários) (Sandman et al., 1986, O'Donovan, 1994, cit. por Ried & Dassen, 2000). A exceção a esta “regra” encontra-se nos estudos levados a cabo por Hall (1988, 1994, cit. por Ried & Dassen, 2000) e por Reisberg (1984, cit. por Ried & Dassen, 2000). No caso de Reisberg, dá-se o desenvolvimento de um modelo de sete estádios para a doença de Alzheimer em que o terceiro estágio (confusão inicial) é descrito como um declínio cognitivo ligeiro, enquanto o quarto estágio (confusão tardia) é descrito como um declínio cognitivo moderado. Estes autores consideram que o termo “confusão” constitui um estágio específico da demência, ao invés de um sinónimo do diagnóstico “demência” (Ried & Dassen, 2000).

Assim, e partindo da análise destes dados, verifica-se que podem ser encontrados dois pontos-chave diferenciadores do diagnóstico médico “demência” e do diagnóstico de Enfermagem “confusão crónica”: a reversibilidade, e o estágio da demência (Figura 1).

Figura 1 - Comparação Gráfica entre "Demência" e "Confusão Crónica"



Fonte: Ried & Dassen (2000)

Para além dos fatores diferenciadores já apresentados, importa ainda referir que tanto a OMS (1992) como a NANDA (1999) se focam, somente, nos aspetos biomédicos da confusão, enquanto que a literatura referente à psicologia e à sociologia apontam para a importância de um ponto de vista multifatorial, que inclua as dimensões sociais, ecológicas e psicológicas para explicar o fenómeno (Ried & Dassen, 2000). No final, e da análise realizada, verifica-se que só se pode falar em confusão crónica (no contexto da demência) quando a demência é irreversível, e se encontra num estágio moderado a severo. Caso a demência seja reversível, e/ou se encontre em estágio ligeiro, não se deve utilizar o diagnóstico de Enfermagem “confusão crónica”. No entanto, daqui emerge a seguinte questão: se perante uma demência reversível e/ou em grau ligeiro não se deve utilizar o diagnóstico “confusão crónica”, deverá optar-se pelo diagnóstico “confusão aguda”? Para esta questão, não foi encontrada resposta na literatura consultada, pelo que seria importante uma verificação de conceitos que permitisse retirar algumas ilações neste domínio.

Em última análise, verifica-se ainda que há espaço para o diagnóstico de Enfermagem “confusão crónica” fora do contexto da demência. No entanto, Ried e Dassen (2000) não referem quais são as situações em que esta pode, igualmente, estar presente. Segundo os mesmos (Ibidem), é ainda necessária investigação suplementar para identificar e validar as características constitutivas do diagnóstico de Enfermagem “confusão crónica” apresentado pelo grupo NANDA, sendo, igualmente, necessário obter evidência clara e crítica relativamente ao diagnóstico. Finalmente, e em jeito de conclusão, verifica-se que ainda existe um longo caminho a percorrer de modo a validar as características definidoras e os fatores relacionados com a confusão crónica e com os diagnósticos relacionados (demência e síndrome de interpretação ambiental prejudicada - ou desorientação). Enquanto não for conseguida uma total delinação dos diagnósticos, a rotulação (diagnóstica) das pessoas doentes continuará a manter alguma imprecisão e, conseqüentemente, não será possível evitar a realização de intervenções não efetivas.

2.4. Confusão Aguda versus *Delirium*

Tal como sucede na relação entre os termos “confusão crónica” e “demência”, a literatura também recorre, frequentemente, a uma utilização dos conceitos “confusão aguda” e “*delirium*” de forma intercambiável, como se de sinónimos se tratassem. No entanto, existe, desde logo, uma diferença significativa, e que não deve ser esquecida pelos profissionais das diversas áreas

da saúde: o termo “*delirium*” refere-se a um diagnóstico médico, incluído nas diversas classificações e literatura médica (APA, 2002; OMS, 2007; Sadock & Sadock, 2007; Josephson & Miller *in* Fauci et al., 2008); o termo “confusão aguda” refere-se a um diagnóstico de Enfermagem, incluído nas duas principais classificações de Enfermagem, da corrente europeia e norte-americana (NANDA International, 2010; ICN, 2011).

Fazendo uma análise histórica aos termos, verifica-se que o *delirium* surgiu nos escritos médicos da antiguidade, referentes à Grécia Antiga, à coleção hipocrática, tendo permanecido uma categoria psiquiátrica estável até ao início do século XIX, momento em que sofreu uma forte redefinição em termos etiológicos e fenomenológicos (estando na base da precipitação da transformação das insanidades funcionais em psicoses). Já a confusão foi introduzida pela literatura francesa na segunda metade do século XIX, referindo-se a uma síndrome mais ampla que o *delirium*, mas que incluía o mesmo (Berrios, 2011).

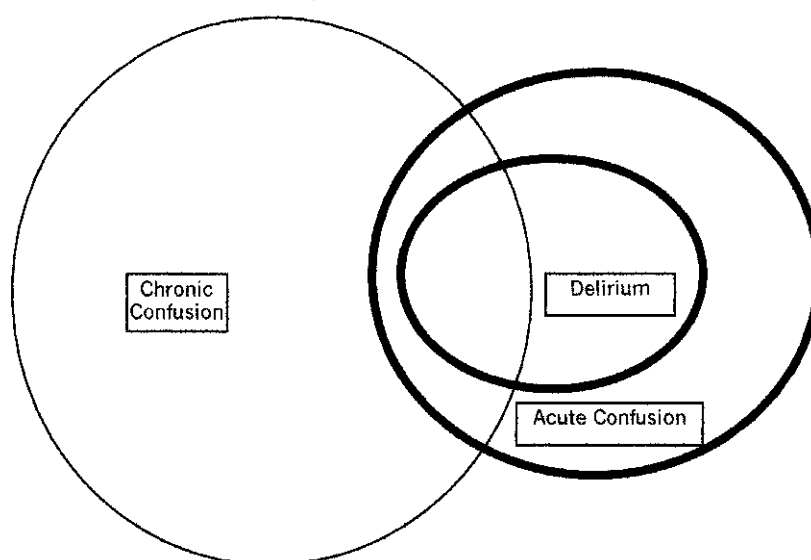
Diversos autores têm-se debruçado na reflexão acerca do diagnóstico diferencial entre “confusão aguda” e “*delirium*”, ainda que as posições adotadas pelos mesmos não sejam unânimes. Assim, a título de exemplo, Bates (2008) definiu a confusão aguda como sendo uma obnubilação da consciência que se caracteriza por um défice na capacidade de pensamento, compreensão, resposta e recordação de estímulos (frequente nos idosos, sobretudo como resultado de distúrbios tóxicos ou metabólicos), enquanto que define o *delirium* como sendo caracterizado, sobretudo, pela agitação/inquietação, alucinações e desorientação, podendo ser considerado como um estado mais profundo de confusão (sendo necessário o recurso a serviços médicos para impedir a entrada num estado comatoso). Apesar de ser uma proposta de comparação entre os termos, esta não é muito clara, já que não permite uma distinção inequívoca entre os conceitos submetidos a análise.

Sendelbach, Guthrie e Schoenfelder (2009) referem que os termos “confusão aguda” e “*delirium*” são, em ambos os casos, utilizados para descrever um défice cognitivo agudo associado a uma patologia grave. É ainda ressalvado que o uso de diferentes termos para o diagnóstico não é benéfico, já que esta falta de unanimidade na classificação apresenta um forte contributo para a falha clínica (na ordem dos 33% a 66%), ao nível temporal, para a identificação de *delirium* nos idosos (Levkoff, Besdine & Wetle, 1986, Kales et al., 2003, cit. por Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009). Para além disso, alguns autores afirmam que a utilização de diferentes termos se apresenta prejudicial para a criação de um corpo de evidência coeso, que poderia ser utilizado para melhorar a prestação de cuidados a idosos com *delirium* (Milisen et al., 2005, Siddiqi et al., 2006, cit. por

Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009). Apesar destas considerações, os autores (Sendelbach, Guthrie & Schoenfelder, 2009) referem que, sob o ponto de vista teórico, o termo “confusão aguda” é mais amplo do que o diagnóstico “*delirium*”, incluindo alterações prodrômicas que não são consideradas para o diagnóstico “*delirium*”, como a agitação/inquietação e a ansiedade difusa.

Apesar das diferentes perspectivas acerca da utilização dos termos, existe um artigo, emergente da revisão da literatura realizada, que merece uma análise muito particular, considerando a pertinência do seu conteúdo, e a clara definição de conceitos apresentada. Assim, o IVANRC (cit. por Rapp et al., 2000) apresenta um esquema (Figura 2) em que demonstra, claramente, que a confusão aguda é um fenómeno mais amplo do que o *delirium*, que integra o mesmo, visto que o diagnóstico de *delirium* é muito restritivo, necessitando de obedecer ao conjunto de critérios apresentados pela APA (2002) no DSM-IV-TR®. Nesse sentido, em termos práticos, é apropriado que os enfermeiros identifiquem o fenómeno “confusão aguda” ainda antes de se verificarem todos os critérios de diagnóstico para *delirium*. Assim, ainda que todas as pessoas que apresentam *delirium* apresentem também confusão aguda, nem todas as pessoas que apresentam confusão aguda padecem de *delirium* (IVANRC, cit. por Rapp et al., 2000).

Figura 2 - Concetualização de Confusão Aguda e *Delirium* e sua
Relação com Confusão Crónica



Fonte: IVANRC cit. por Rapp et al., 2000

Nesta perspectiva fica, no entanto, uma questão: se nem todas as pessoas que apresentam confusão aguda padecem de *delirium*, então, quais são as situações em que este fenómeno se pode verificar? A esta questão não foi encontrada

qualquer resposta na literatura consultada, pelo que seria importante investir neste sentido, para que fosse possível uma utilização dos termos mais rigorosa e clarificada de acordo com a evidência científica.

Ainda assim, e considerando as limitações encontradas, esta última definição foi a utilizada no decurso do presente trabalho, visto que, de toda a literatura consultada, parece ser aquela que melhor se adapta à utilização dos termos pelos profissionais de Enfermagem e de Medicina, servindo como linha orientadora do trabalho a desenvolver (tendo em consideração a importância da definição precisa de conceitos, para que a investigação não seja enviesada pela imprecisão na utilização de termos clínicos).

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO AGUDA E DO *DELIRIUM*

Após a apresentação dos conceitos principais do presente trabalho, bem como da definição de cada um deles (que estará na base da sua aplicação), torna-se essencial entrar naquele que é, efetivamente, o *core* do mesmo. Assim, torna-se importante realizar uma análise conjunta e emparelhada entre os instrumentos psicométricos e os critérios de diagnóstico para “confusão aguda” e “*delirium*”.

Nesse sentido, importa realizar uma análise das propriedades psicométricas do *Confusion Assessment Method* (CAM) (instrumento a traduzir e validar no presente trabalho) e da Escala de Confusão NeeCham (única escala de avaliação da confusão aguda traduzida e validada para a população portuguesa, ainda que apenas em alguns contextos específicos). A somar a isso, foi realizada uma análise aos mais recentes critérios de diagnóstico para “confusão aguda” (apresentados pela NANDA International) e para “*delirium*” (apresentados pela APA, tendo estes critérios sido preferidos aos apresentados pela OMS, pelo facto de se revelarem mais sistematizados e detalhados).

De modo a tornar esta análise possível, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura, cuja questão inicial é “Quais são as propriedades psicométricas do CAM e da Escala de Confusão NeeCham para avaliar o *delirium* e/ou confusão aguda da pessoa idosa?”. Para concretizar essa mesma revisão sistemática da literatura, foi realizada pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus*[®] with Full Text, *MEDLINE*[®] with Full Text, *MedicLatina*[®], *Academic Search Complete*[®], *Regional Business News*[®], *Business Source Complete*[®], *ERIC*[®], *Library, Information Science & Technology Abstracts*[®], *SPORTDiscus*[®] with Full Text, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*[®], *Cochrane Central Register of Controlled Trials*[®], *Database of Abstracts of Reviews of Effects*[®], *Cochrane Database of Systematic Reviews*[®], *NHS Economic Evaluation Database*[®], *Health Technology Assessments*[®] e *Cochrane Methodology Register*[®] usando os descritores “*Confusion Assessment Method*” OU “*NeeCham Confusion Scale*”, com as especificações: *full text* e artigos datados entre 1990 e 2011 (pelo facto de 1990 ser o ano do artigo correspondente ao estudo de validação inicial do CAM). Desta pesquisa resultaram 310 resultados, tendo sido selecionados 17 artigos, que respondiam àqueles que foram definidos como critérios de inclusão para a revisão

sistemática a realizar: apresentação das propriedades psicométricas do CAM e/ou da Escala de Confusão NeeCham; estudos datados entre 1990 e 2011. Nessas mesmas bases de dados, e realizando uma pesquisa mais generalista, utilizando o descritor “*delirium scales*” com as especificações: *full text* e sem especificação temporal, foram encontrados seis resultados, tendo apenas sido selecionados dois artigos, que obedeciam aos critérios de inclusão supracitados. Foi ainda realizada pesquisa (regional) com método integrado na base de dados *SciELO*[®], usando o descritor “*Confusion Assessment Method*” (sem limite temporal) e foram obtidos 12 resultados, dos quais foi selecionado apenas um artigo (o único que respondia aos critérios de inclusão definidos). Realizou-se, igualmente, pesquisa na base de dados *SciELO*[®] Portugal (pesquisa de artigos em todos os índices), usando os descritores “Escala” E “Confusão” E “NeeCham”, tendo sido obtido apenas um resultado, que foi aceite por cumprir os critérios de inclusão pré-estabelecidos. Através de pesquisa na *Web of Science*[®], por tópicos referentes aos descritores “*Confusion Assessment Method*” E “*NeeCham Confusion Scale*”, resultaram cinco artigos, dos quais apenas um foi selecionado por estar de acordo com os critérios de inclusão pré-definidos. Finalmente, foi realizada pesquisa na *ScienceDirect*[®] e *Trip Database*[®], bem como no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal[®] não tendo, contudo, sido encontrados mais resultados significativos para a revisão sistemática da literatura a realizar. Nas pesquisas realizadas foram sendo encontrados alguns artigos, de forma repetida, pelo que após a sua seleção, estes foram, desde logo, identificados como “não selecionáveis” nas pesquisas posteriores, ainda que cumprissem os critérios de inclusão definidos *a priori*.

Após a seleção dos estudos a incorporar na revisão sistemática, mediante o seu enquadramento dentro daqueles que foram definidos como critérios de inclusão, procedeu-se a uma avaliação da qualidade dos estudos isolados, através da apreciação dos seguintes aspetos: pergunta de investigação (clareza da pergunta, resposta à pergunta no final do estudo); desenho do estudo (explicitação do mesmo); amostra (técnica de amostragem utilizada, número de sujeitos que compõem a amostra); instrumentos de medida (forma de seleção dos instrumentos de medida, adequação dos instrumentos); recolha dos dados (local e forma de recolha de dados); análise dos dados (forma de tratamento de dados selecionada, clareza na apresentação dos resultados, interpretação clara dos mesmos); aspetos éticos (respeito pelos princípios éticos fundamentais, explicitação dos aspetos éticos considerados). As revisões sistemáticas da literatura encontradas também foram analisadas quanto à sua qualidade, pela apreciação dos seguintes aspetos: formulação clara da finalidade da revisão; exposição de uma estratégia de pesquisa sistemática e global para identificar

estudos relevantes; expressão e apropriação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos; apreciação apropriada da qualidade dos estudos incluídos; combinação sistemática e apropriada dos resultados dos estudos incluídos; conclusões fundamentadas pelos dados apresentados. Analisando os 22 artigos selecionados, nenhum foi eliminado por questões de qualidade já que, ainda que nem todos tenham cumprido, na totalidade, os critérios definidos, todos eles apresentavam aparente rigor na sua formulação.

A partir dessa seleção de artigos procedeu-se à avaliação das propriedades psicométricas do CAM e da Escala de Confusão NeeCham, tendo ainda sido realizada uma comparação entre ambos os instrumentos psicométricos. Nos sub-capítulos seguintes serão colocadas em evidência essas mesmas propriedades psicométricas, bem como a comparação entre dois instrumentos que avaliam condições semelhantes, mas não iguais (o CAM avalia o *delirium*, e a Escala de Confusão NeeCham avalia a confusão aguda).

3.1. *Confusion Assessment Method (CAM)*

O *Confusion Assessment Method* é um instrumento psicométrico de avaliação do *delirium*, criado em 1990 por Inouye et al., com o objetivo de tornar possível aos clínicos treinados (não psiquiatras) a identificação rápida e exata do *delirium* em contexto clínico e de investigação.

Em 2008, Wei et al. realizaram uma revisão sistemática da literatura (que servirá de base a este sub-capítulo), em que procuraram saber quais as propriedades psicométricas do CAM, e quais as traduções, adaptações e aplicações existentes. Desde logo, verificaram que o instrumento se encontra traduzido em 10 línguas diferentes (chinês, holandês, finlandês, francês, alemão, italiano, japonês, português do Brasil, espanhol e turco), considerando apenas os estudos disponíveis. Ao nível dos métodos de tradução, em quatro casos optou-se pela tradução e retrotradução, em três casos por um painel de consensos, e nos restantes três casos desconhece-se a metodologia de tradução utilizada. De todas essas traduções, cinco foram validadas, ao nível de desempenho da escala, em contraposição com os *standard ratings* de referência (avaliação realizada por médicos psiquiatras, enfermeiros investigadores treinados, critérios do DSM-III®, DSM-III-R®, DSM-IV® e CID-10®).

No que concerne às adaptações, algumas foram sendo realizadas no sentido de responder a populações específicas. Nesse sentido, foram elaborados: o CAM-ICU, destinado aos doentes ventilados das Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) (tendo sido adicionadas hipóteses de resposta não verbal); o CAM para Serviço de

Urgência (tendo sido acrescentada uma avaliação da história recente e questões ligadas à atenção); o CAM para *Nursing Homes* (contexto semelhante ao das Unidades de Cuidados Continuados), em que são usados os critérios do *Minimum Data Set* (MDS) para avaliar o CAM; o MDS Versão 3.0 (que modifica os itens do CAM, que são incluídos como parte da avaliação dos residentes em *Nursing Homes*); o *Delirium Index*, que classifica, em gravidade, os sete sintomas de *delirium*, como forma de criar uma escala de gravidade; a *One-Day Fluctuation Scale*, que classifica sete critérios da demência de corpos de Lewy (Wei et al., 2008).

Ao nível da validação, existem diversos estudos realizados, e que serão alvo de análise. Assim, os estudos de validação do CAM encontrados (em artigos publicados) foram os realizados por González et al. (2004), Laurila et al. (2002), Fabbri et al. (2001), Monette et al. (2001), e Inouye et al. (1990). A somar a estes, serão ainda alvo de análise os estudos de Ely et al. (2001a), Ely et al. (2001b), Rolfson et al. (1999), Zou et al. (1998), Pompei et al. (1995), e Rockwood et al. (1994), todos eles citados num artigo de revisão sistemática da literatura relativamente à utilização do CAM desde a sua criação por Wei et al. (2008).

Assim, e pelo facto de a revisão sistemática supramencionada (Wei et al., 2008) fazer uma análise extremamente clara e rigorosa relativamente às validações do CAM existentes, os dados a apresentar serão relativos a esse mesmo trabalho. Pela análise desses mesmos dados verifica-se que os autores apresentaram as amostras de cada estudo de validação (sendo estas, sobretudo, constituídas por pessoas idosas), os profissionais de saúde responsáveis pela avaliação dos doentes com recurso ao CAM (verificando-se a prevalência de médicos e de enfermeiros), o *standard* de referência utilizado (variando entre o diagnóstico realizado pelos médicos psiquiatras e geriatras e a utilização do DSM-III-R® e do DSM-IV®), a sensibilidade (variando entre 81% e 100%, ainda que se verifiquem dois casos em que os resultados obtidos foram menos positivos - 46% e 68%), especificidade (variando entre 89% e 100%, apesar de se verificar um resultado menos positivo, com uma variação de especificidade entre 63% e 84%), concordância entre observadores (variando entre 79% e 100%, havendo um resultado menos positivo, em que se verificou uma concordância entre observadores na ordem dos 70%), e avaliação da qualidade dos estudos de validação (de acordo com critérios pré-definidos). Desde logo, em termos de qualidade, verifica-se que existem três estudos que se destacam, com classificação qualitativa final compreendida entre 4 e 5 (numa escala de 0 a 5).

Nesses estudos, realizados por Inouye et al. (1990), Laurila et al. (2002) e González et al. (2004), o CAM apresenta uma sensibilidade entre 81% e 100%,

especificidade entre 63% e 100%, e concordância interobservador entre 81% e 100%. Apesar disso, verifica-se que o estudo realizado por Laurila et al. (2002) apresenta valores de sensibilidade e especificidade do CAM inferiores aos apresentados nos outros dois estudos em análise. Tal pode dever-se ao facto de o estudo incluir como *standard* de referência profissionais de geriatria (médicos geriatras), e não psiquiatras (tal como sucede nos outros estudos), bem como um conjunto alargado de classificações como o DSM-III®, DSM-III-R®, DSM-IV® e CID-10®. A somar a estes dados, o estudo realizado por Laurila et al. (2002) foi amplamente criticado, sobretudo por Jackson e Ely (2003), autores que questionam a forma não explícita de avaliação dos índices de sensibilidade e especificidade do CAM, referindo ainda que o facto de o CAM se comparar mais favoravelmente com os critérios do DSM-IV® do que com os critérios das restantes classificações [resultado decorrente do estudo realizado por Laurila et al. (2002)] é irrelevante, já que o DSM-III® e o DSM-III-R® são, atualmente, classificações já obsoletas, enquanto que a CID-10® é altamente restritiva (Liptzin et al., 1991, cit. por Jackson & Ely, 2003).

Se a análise da sensibilidade do CAM for alargada a todos os trabalhos de validação em análise (independentemente da sua avaliação de qualidade), verifica-se uma divergência de resultados ainda maior, com sensibilidades entre 46% e 100%, havendo três estudos que apresentavam uma sensibilidade do CAM igual ou inferior a 70% (Wei et al., 2008). A interpretação destes baixos níveis de sensibilidade pode relacionar-se com o facto de os enfermeiros ou assistentes de investigação conduzirem avaliações cognitivas extremamente breves (por exemplo, avaliação apenas da atenção) (Pompei et al., 1995, cit. por Wei et al., 2008), sem qualquer treino formal no uso do CAM (Rockwood et al., 1994, Pompei et al., 1995, cit. por Wei et al., 2008), ou em populações com altos níveis de demência (Pompei et al., 1995, cit. por Wei et al., 2008). A somar a tudo isto, os *standard* de referência foram identificados de forma muito limitada em três dos estudos (Rockwood et al., 1994, Pompei et al., 1995, Rolfson et al., 1999, cit. por Wei et al., 2008).

Realizando uma análise global da especificidade do CAM (a partir da apreciação de todos os trabalhos de validação publicados), esta variou entre os 63% e os 100%, sendo de destacar que o estudo que apresentou uma menor especificidade (na ordem dos 63%) (Laurila et al., 2002) se caracterizou pelo número significativo de pessoas avaliadas com demência (43%), depressão (15%) e psicose (4%), o que pode ter levado a alguma dificuldade no reconhecimento do *delirium* (Wei et al., 2008). De modo a calcular um valor combinado geral de sensibilidade e especificidade, Wei et al. (2008) rejeitaram quatro estudos de

validação, que apresentavam qualidade reduzida, tendo obtido um valor final global de sensibilidade de 94%, de especificidade 89%, e de concordância interobservador moderada a elevada em todos os estudos (70% a 100%). Ao nível da correlação, um estudo adicional, realizado por Adamis et al. (2005, cit. por Wei et al., 2008), que não incluiu um *standard* de referência para avaliação do *delirium*, demonstrou um alto grau de correlação entre o CAM e o *Delirium Rating Scale*, com um coeficiente de correlação de 92%.

A análise desta diversidade de estudos demonstra que a precisão da avaliação proporcionada pelo CAM é ótima quando são realizados testes cognitivos formais *a priori* (Inouye et al., 1990, Inouye et al., 2001, cit. por Wei et al., 2008), sendo o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) o teste cognitivo mais amplamente utilizado (Wei et al., 2008). Alguns estudos permitiram ainda comparar a aplicação do CAM por enfermeiros e por médicos, tendo sido verificado que este instrumento apresenta maior sensibilidade quando aplicado por médicos (Rockwood et al., 1994, Rolfson et al., 1999, cit. por Wei et al., 2008). Para além disso, verifica-se que a aplicação do CAM, com a maior precisão, implica treino apropriado por parte dos entrevistadores (Wei et al., 2008).

Ao nível da aplicação do CAM, apesar de este ser composto por nove itens, só quatro deles são avaliados para se chegar ao diagnóstico de *delirium*. No entanto, para efeitos de investigação, deve realizar-se a avaliação dos nove itens, de modo a maximizar a sensibilidade para a deteção de *delirium*. Em termos clínicos, e ainda que o CAM seja um instrumento relevante, a sua imperfeição ao nível da sensibilidade faz com que seja necessário, em adição ao CAM, fazer uso do juízo clínico, bem como de testes cognitivos formais, de modo a ser possível reconhecer, igualmente, casos de *delirium* hipoativo, subtil ou atípico (Wei et al., 2008).

A somar aos trabalhos de validação do CAM presentes na revisão sistemática da literatura realizada por Wei et al. (2008) foram encontrados, na pesquisa realizada, mais dois trabalhos de validação realizados *a posteriori*, em 2008 por Leung et al., e em 2009 por Ryan et al., no contexto dos cuidados paliativos. Neste último caso, a avaliação através do CAM foi realizada por médicos que trabalham numa unidade especializada em cuidados paliativos, tendo havido treino prévio na aplicação do CAM. Numa primeira avaliação, a sensibilidade do CAM foi apenas de 50%, e a especificidade de 100%. Após a realização de um segundo programa de treino, “melhorado” relativamente ao programa de treino que foi cumprido inicialmente, a sensibilidade do CAM foi de 88%, e a sua especificidade de 100%, sendo notória uma clara relação entre o treino do utilizador e a sensibilidade do instrumento. No caso do estudo realizado por Leung

et al. (2008), este decorreu em Hong-Kong, tendo a avaliação de clientes geriátricos sido realizada por médicos e enfermeiros, usando o algoritmo de CAM (versão reduzida do CAM, apenas com quatro itens), tendo a comparação sido realizada com os critérios do DSM-IV®. *A priori*, os profissionais foram treinados na utilização do algoritmo do CAM, tendo a avaliação sido complementada com a entrevista individual, o uso do MMSE, a entrevista à família, a entrevista ao enfermeiro (por parte do médico), e a revisão do processo clínico. Ao nível dos resultados, o CAM apresentou uma sensibilidade de 76% e uma especificidade de 100%, não tendo a validade do instrumento sido afetada negativamente pela presença de demência em algumas das pessoas avaliadas. Assim, concluiu-se que o algoritmo do CAM é um instrumento preciso para o diagnóstico de *delirium* em idosos internados.

Relativamente ao uso do CAM por enfermeiros, Lemiengre et al. (2006) levaram a cabo um estudo para comparar os resultados do CAM segundo os seus dois métodos de interpretação de resultados (o específico e o sensível). A diferença entre estes dois métodos reside no seguinte: no método sensível (ou sensível) considera-se, na avaliação, o início agudo “ou” curso flutuante (permitindo detetar um maior número de casos de *delirium* possível ou provável); no método específico, considera-se a avaliação do início agudo “e” curso flutuante (não se identificando tantos casos de *delirium*, mas dando uma maior certeza ao diagnóstico). Assim, utilizando o método sensível, o CAM apresentou uma sensibilidade de 66,7% e uma especificidade de 90,7%; utilizando o método específico, o CAM apresentou uma sensibilidade de 23,8% e uma especificidade de 97,7%. Os enfermeiros apresentaram particular dificuldade na avaliação do início agudo, flutuação, e alteração do nível de consciência. Para além disso, verificou-se que os enfermeiros tiveram grandes dificuldades na identificação do *delirium* em idosos, ainda que tenham sido muito bem sucedidos no diagnóstico de pessoas sem *delirium* (eficácia de 90%). Analisando estes resultados, verifica-se que é muito importante e necessária a formação adicional e o treino guiado dos enfermeiros na utilização de instrumentos como o CAM, para a deteção de sintomas de *delirium*.

Outros estudos, como os realizados por McNicoll et al. (2005) e Sands et al. (2010), em que o CAM serviu como ponto de comparação (*standard* de referência), apresentam, igualmente, propriedades psicométricas do CAM. Assim, no estudo realizado por Sands et al. (2010), o CAM apresenta uma sensibilidade de 94% e uma especificidade de 89%, quando aplicado por profissionais de saúde treinados para a sua utilização. Um importante achado deste estudo, e que vai de encontro ao que já havia sido referido em outros estudos, é o facto de o treino ser

fundamental para a utilização do CAM, já que este apresentou uma sensibilidade de apenas 40% quando usado por clínicos pouco treinados (estudantes finalistas do curso de Medicina com uma instrução única de um médico de cuidados paliativos). Já no estudo realizado por McNicoll et al. (2005), em idosos internados em Unidades de Cuidados Intensivos (em estado vigil, e não entubados), com o intuito de comparar o CAM-ICU (CAM para Unidades de Cuidados Intensivos) com o CAM, verificou-se que o CAM detetou mais casos de *delirium* do que o CAM-ICU, tendo-se verificado um nível de concordância moderadamente elevado entre os dois instrumentos (82%, com um kappa de 0,64).

Finalmente, uma revisão sistemática da literatura realizada por Bhat e Rockwood, em 2005, procurou perceber a concordância interobservador de um conjunto de escalas de *delirium*, tendo sido identificados dois estudos que avaliaram esta propriedade psicométrica relativamente ao CAM. Num dos estudos, realizado por Inouye et al. (1990), verificou-se um kappa de 1,0 para o diagnóstico geral, e de 0,67 para o conjunto dos nove critérios de *delirium* presentes no CAM. No outro estudo, realizado por Zou et al. (1998, cit. por Bhat & Rockwood, 2005), verificou-se um kappa de 0,86.

3.2. Escala de Confusão NeeCham

A Escala de Confusão NeeCham é uma escala observacional composta por nove itens interativos, sendo dividida em três subescalas: processamento, comportamento e controlo fisiológico. Assim, esta requer a avaliação dos sinais vitais e a leitura do oxímetro. A consistência interna da Escala de Confusão NeeCham é elevada (na ordem dos 90%), tendo já sido reportada em serviços com internamento de curta duração, e tendo a concordância interobservador apresentado, igualmente, valores elevados (96% a 99%). A Escala de Confusão NeeCham apresenta 13 dos 17 critérios para o diagnóstico de *delirium* segundo o DSM-IV®, o que suporta a validade de critério (Cacchione, 2002, Schuurmans et al., 2003, cit. por Neves, 2008). A Escala de Confusão NeeCham foi desenvolvida para ser utilizada como um instrumento rápido de avaliação da confusão aguda por parte dos enfermeiros (Neelon et al., 1996, cit. por Adamis et al., 2010). Esta escala permite classificar a confusão em diversos graus, de acordo com o *score* obtido na avaliação, que varia entre 0 e 30 (Adamis et al., 2010). A Escala de Confusão NeeCham tem recebido algumas críticas pelo facto de medir, especificamente, um constructo denominado por “confusão aguda”, ao invés de um constructo perfeitamente definido segundo critérios claros, o *delirium* (Rapp et al., 2000).

Ao nível das propriedades psicométricas do instrumento, estas podem ser avaliadas juntando um conjunto de informações relativas a diversos estudos realizados acerca das mesmas (Csokasy, 1999; Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005; Milisen et al., 2005; Devlin et al., 2007; Gemert van & Schuurmans, 2007; Van Rompaey et al., 2008a; Johansson & Hamrin, 2009; Neves, Silva e Marques, 2011) estando algumas delas, inclusivamente, documentadas na literatura sob a forma de revisão sistemática das propriedades psicométricas da Escala de Confusão NeeCham, ainda que apenas até ao ano 2005.

Ao nível da consistência interna, as variações encontram-se entre os 73% (Johansson & Hamrin, 2009), numa avaliação pré-operatória realizado na Suécia, em pessoas com fratura da anca e os 91% (Neves, Silva e Marques, 2011), num estudo de validação realizado em Portugal, numa amostra de 530 doentes internados em serviços de Cardiologia, Cirurgia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Hematologia, Infeciologia, Medicina Interna, Neurologia, Ortopedia, Pneumologia, Unidades de Cuidados Intensivos e Urologia. Apesar desses dados, grande parte dos valores de consistência interna da Escala de Confusão NeeCham apresentam-se entre os 80% e os 90% (Csokasy, 1999; Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005; Milisen et al., 2005; Johansson & Hamrin, 2009). A literatura aponta, igualmente, para o facto de a consistência interna entre as subescalas Comportamento e Processamento ser elevada, contrariamente ao que se verifica na subescala Controlo Fisiológico (Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005; Milisen et al., 2005; Adamis et al., 2010; Schuurmans et al., 2003, cit. por Neves, Silva e Marques, 2011).

No que concerne às correlações, Neves, Silva e Marques (2011) apontam para uma boa relação entre a Escala de Confusão NeeCham e os *scores* da Escala de Coma de Glasgow ($r=0,866$; $p=0,0001$). Referem ainda que foi observada a divisão da escala em duas dimensões: Processamento e Comportamento; Controlo Fisiológico. Apesar de não se tratar de uma escala de avaliação de *delirium*, mas de confusão aguda, a Escala de Confusão NeeCham apresenta bons níveis de especificidade e sensibilidade quando utilizado o DSM-IV® como *standard* de referência, visto que possui um número significativo dos critérios referentes ao diagnóstico de *delirium*.

Ao nível da sensibilidade e especificidade, alguns testes foram, igualmente, realizados à Escala de Confusão NeeCham. Desde logo, um estudo realizado por Gemert van e Schuurmans (2007) num Serviço de Medicina Interna e em três serviços de Cirurgia (amostra total de 87 pessoas) apresentou uma sensibilidade entre 86% e 100% e uma especificidade entre 86% e 90%. Já um estudo realizado por Immers, Schuurmans e van de Bijl (2005), numa amostra de 105 pessoas

internadas em Unidades de Cuidados Intensivos (usando o DSM-IV® como *standard* de referência), apontou para uma sensibilidade alta, na ordem dos 97%, e para uma boa especificidade, na ordem dos 83%. O estudo realizado por Milisen et al. (2005), numa amostra de 54 idosos com fratura da anca, e utilizando o CAM como *standard* de referência, apontou para uma sensibilidade de 76,9% e uma especificidade de 64,6% (mais baixas do que a grande maioria dos estudos indicam mas, ainda assim, tratando-se de valores aceitáveis). O estudo realizado por Van Rompaey et al. (2008a), numa amostra de 172 pessoas não entubadas (internadas em Unidades de Cuidados Intensivos), usando o CAM-ICU como *standard* de referência, apontou para uma sensibilidade de 87% e para uma especificidade de 95%.

No que concerne aos valores preditivos positivos, estes são extremamente díspares, variando entre 13,5% (Milisen et al., 2005) e 79% (Van Rompaey et al., 2008a). Já os valores preditivos negativos são consideravelmente mais elevados, e apresentam uma variação menor, neste caso entre os 97% (Van Rompaey et al., 2008a) e os 98,3%-100% (Gemert van & Schuurmans, 2007).

Finalmente, no que concerne à concordância interobservador, esta varia entre valores *kappa* de 0,60 (Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005) e de 0,96 (Champagne et al., 1987, cit. por Milisen et al., 2005), mas esta propriedade não tem sido alvo de uma forte atenção, já que os dois estudos mencionados foram os únicos em que se encontrou referência à concordância interobservador. A avaliação da estabilidade do instrumento (teste-reteste) foi encontrada em apenas um estudo (Champagne et al., 1987, cit. por Milisen et al., 2005), com um valor extremamente positivo (0,98).

3.3. Comparação entre o CAM e a Escala de Confusão NeeCham

No presente sub-capítulo, pretende-se realizar uma comparação entre o CAM e a Escala de Confusão NeeCham naquilo que se refere ao seu conteúdo, e à sua utilização. Apesar de tudo, comparar estes dois instrumentos psicométricos requer, à partida, salvaguardar alguns aspetos, já que se pretende comparar algo que não é inteiramente comparável.

Desde logo, existe uma diferença importante entre as duas escalas: o CAM é um instrumento psicométrico, construído por Inouye et al. (1990), que permite avaliar o *delirium*, estando desenhado para ser utilizado, em termos clínicos, por médicos não psiquiatras (Rapp et al., 2000), e tendo sido elaborado a partir dos

critérios para o diagnóstico de *delirium* do DSM-III-R®; a Escala de Confusão NeeCham foi construída em 1996 por Neelon et al. com o objetivo de ser um instrumento psicométrico destinado à avaliação da confusão aguda, estando desenhado para ser utilizado, em termos clínicos, por enfermeiros (Rapp et al., 2000). Assim, a Escala de Confusão NeeCham aparece como sendo o único instrumento desenhado por enfermeiros e para enfermeiros, com o objetivo de avaliar, especificamente, a confusão aguda (e não o *delirium*), e que permite produzir o juízo clínico “risco de”. A somar a tudo isso, a Escala de Confusão NeeCham apresenta *scores* numéricos, podendo assim ser utilizada para monitorizar os progressos ou retrocessos do estado confusional. Já o CAM, ainda que não desenhado para enfermeiros, apresenta-se como um instrumento em que o enfermeiro é citado como um informador-chave para os utilizadores do mesmo (no sentido de colher informações relativamente ao doente). Assim, contrariamente à Escala de Confusão NeeCham, que é uma escala primariamente observacional, a avaliação através do CAM requer que o avaliador possua informações relativamente às capacidades do doente, informações essas que podem ser colhidas após o contacto (durante algum tempo) com o mesmo, ou recorrendo a informantes privilegiados (enfermeiros, por exemplo). O CAM tem ainda a particularidade de ser composto por nove critérios (áreas), mas o diagnóstico de *delirium* requer a resposta a apenas quatro das nove áreas (algoritmo do CAM) (Rapp et al., 2000).

No que concerne ao tempo de preenchimento, o CAM pode ser completado em menos de cinco minutos (a totalidade do instrumento - nove itens), enquanto que a Escala de Confusão NeeCham, de acordo com um estudo realizado por Immers, Schuurmans e van de Bijl (2005), pode ser preenchida num tempo médio de 3,69 minutos, com uma margem de erro de 1,21 minutos. No entanto, não se pode esquecer que o tempo de referência apresentado para o CAM se refere ao instrumento completo quando, para o preenchimento efetivo do mesmo se podem completar apenas quatro das nove áreas (menos de metade).

Outra importante diferença entre os dois instrumentos psicométricos em análise deve-se ao facto de a Escala de Confusão NeeCham poder ser preenchida, simplesmente, dando resposta adequada aos itens que nela estão incluídas. Já o preenchimento do CAM deve ser realizado por pessoas treinadas para a sua utilização (já que os níveis de sensibilidade da escala, quando utilizada por profissionais treinados para o efeito, são substancialmente superiores), sendo que o CAM foi desenhado para ser preenchido com base nas observações realizadas durante a avaliação cognitiva formal com instrumentos breves, como o MMSE e o *Digit Span test*. A aplicação do algoritmo do CAM deve basear-se nas observações

durante qualquer contacto com o doente e, necessariamente, não se pode limitar ao período da entrevista isoladamente, sendo que o algoritmo deve ser aplicado imediatamente após a entrevista para assegurar a sua precisão (Wong et al., 2010). O CAM, contrariamente à Escala de Confusão Neecham, não permite avaliar a gravidade do problema (classificar em graus), mas é igualmente uma escala que permite fazer um rastreio e/ou diagnóstico da situação, ainda que o CAM seja, sobretudo, um instrumento de diagnóstico, enquanto que a Escala de Confusão NeeCham é uma escala apropriada para a realização de um rastreio (Adamis et al., 2010).

Existem, igualmente, diferenças importantes ao nível das dimensões do *status* mental que são avaliadas por cada um dos instrumentos psicométricos. Assim, enquanto que o CAM avalia, sobretudo, aspetos do âmbito cognitivo, a Escala de Confusão NeeCham incorpora parâmetros fisiológicos (estabilidade das funções vitais, saturações de oxigénio e continência urinária), ainda que estes parâmetros tenham vindo a ser duramente criticados, pelo facto de se acreditar que estes tornam a escala desadequada, não constituindo qualquer vantagem para a sua capacidade de medir a gravidade da condição (Trzepacz, 1994, Smith et al., 1995, Robertsson, 2002, cit. por Adamis et al., 2010). Apesar de tudo, e ainda que alguns autores defendam que a área “Controlo Fisiológico”, em que se enquadram os parâmetros fisiológicos, seja retirada da Escala de Confusão NeeCham, a permanência destes itens parece justificar-se, na medida em que, segundo Neelon et al. (1996, cit. por Neves, Silva e Marques, 2011), existem variadas manifestações que podem sinalizar o início, descrever padrões de progressão e de gravidade, refletir a causa, e guiar o tratamento da confusão aguda.

Em jeito de conclusão, pode afirmar-se que o CAM e a Escala de Confusão NeeCham, embora sejam instrumentos psicométricos cujo contexto de utilização seja extremamente semelhante, não devem ser utilizados de forma intercambiável, já que pequenas particularidades podem definir a necessidade de utilizar um ou outro. Assim, e ainda que tanto o CAM como a Escala de Confusão NeeCham sejam consideradas escalas robustas e de utilização recomendada, o CAM deve ser utilizado quando se pretende atingir um diagnóstico (*delirium*), enquanto a Escala de Confusão NeeCham deve ser utilizada para efeito de rastreio (identificação da presença de confusão aguda). Assim, para seleccionar qual a melhor escala a utilizar, é sempre fundamental ter em consideração o propósito da escala, o contexto clínico, as propriedades da escala, a popularidade da mesma, a familiaridade com a escala, e a cultura organizacional (Adamis et al., 2010).

3.4. Critérios do DSM-IV-TR® para Avaliação do *Delirium*

Pela análise realizada, nos sub-capítulos anteriores, relativamente ao CAM e à Escala de Confusão NeeCham, é possível verificar que, de acordo com a literatura consultada, enquanto o primeiro permite avaliar o *delirium* (entidade nosológica médica), a segunda avalia a confusão aguda (fenómeno mais ligado à Enfermagem). Nesse sentido, importa analisar quais são os critérios apresentados pelos livros médicos (de Psiquiatria) relativamente ao *delirium*, e pelos livros de Enfermagem relativamente à confusão aguda.

Assim, optou-se por realizar uma consulta dos livros de referência em cada uma das áreas, para que fosse possível analisar critérios amplamente aceites pelos profissionais de cada uma das áreas da saúde. Como tal, optou-se por fazer uma análise do *delirium* de acordo com os critérios preconizados pela APA (2002) no DSM-IV-TR®, já que estes são, frequentemente, referidos na literatura como o *standard* de referência para a avaliação do *delirium*, e porque os critérios apresentados no DSM-IV-TR® são mais detalhados do que os apresentados, por exemplo, na CID-10®. Relativamente à confusão aguda, e entre as classificações de Enfermagem disponíveis (CIPE® e diagnósticos da NANDA®), optou-se pela segunda, já que na CIPE®, ainda que conste o foco “confusão” e o diagnóstico “confusão aguda”, não é apresentada a sua definição, nem os critérios para o diagnóstico (surge apenas a definição de confusão que, contudo, pode ser aplicada a casos de confusão aguda e crónica, indiscriminadamente).

Começando por analisar o *delirium*, este caracteriza-se por representar uma perturbação da consciência e uma alteração ao nível da cognição que se desenvolvem num curto período de tempo. As perturbações que se incluem dentro do *delirium* são classificadas de acordo com aquela que é a sua etiologia presumível, podendo tratar-se de: *delirium* secundário a um estado físico geral; *delirium* induzido por substâncias (quer seja devido a uma droga de abuso, a um medicamento, ou a uma exposição a tóxicos); *delirium* por múltiplas etiologias; *delirium* sem outra especificação (no caso de a etiologia ser indeterminada) (APA, 2002).

Os mesmos autores (Ibidem) definem três critérios centrais para o diagnóstico de *delirium* (diagnóstico geral, sem especificação): perturbação da consciência que se manifesta por uma diminuição da perceção do ambiente (redução da capacidade de focar, manter ou transferir a atenção); alteração da cognição (que pode incluir a desorientação, a perturbação da linguagem ou a diminuição da memória) ou desenvolvimento de uma perturbação da perceção; desenvolvimento da perturbação ao longo de um curto período de tempo, com tendência a flutuar durante o dia. A somar a estes critérios, é ainda importante acrescentar que, para

que se possa fazer o diagnóstico de *delirium*, as alterações na cognição não podem ser atribuídas a uma demência pré-existente ou em evolução.

No sub-capítulo seguinte será realizada uma análise ao diagnóstico de Enfermagem “confusão aguda”, no sentido de perceber os seus principais critérios de diagnóstico para que, posteriormente, possa ser realizada uma comparação mais interpretativa entre os critérios de diagnóstico para *delirium* e confusão aguda. Assim, será possível fazer uma melhor distinção entre o que efetivamente mede cada um dos instrumentos que serão elementos centrais no presente trabalho, para que a escolha pela utilização deles seja perfeitamente consciente, e o mais correta possível, otimizando assim a qualidade dos cuidados prestados.

3.5. Critérios da NANDA para Avaliação da Confusão Aguda

Apesar de a CIPE® ser a única classificação de Enfermagem aceite pela OMS, na presente análise, ao diagnóstico de Enfermagem “confusão aguda”, a classificação que servirá de base será a proposta pela NANDA International (2010), já que é a única que apresenta critérios concretos (e atuais) para a formulação do diagnóstico.

Assim, e desde logo, a NANDA International (2010) define a confusão aguda como sendo o início, de forma abrupta, de distúrbios reversíveis da consciência, da atenção, da cognição e da percepção, que ocorrem durante um período de tempo breve. Apresenta ainda a confusão aguda como estando relacionada com uma diversidade considerável de fatores, entre os quais se destacam: o abuso de álcool; o abuso de drogas; o *delirium*; a demência; a flutuação no ciclo sono-vigília; a idade superior a 60 anos. Assim, e ainda que a definição apresentada pela NANDA International (2010) seja muito semelhante à que a APA (2002) apresenta para o *delirium*, verifica-se que este último é um fator relacionado com a confusão aguda, mas não um sinónimo da mesma.

No que concerne aos critérios para a formulação do diagnóstico de Enfermagem “confusão aguda”, a NANDA International (2010) apresenta um conjunto de características que, geralmente, são indicadoras da presença do problema. Entre essas características, são apresentadas as seguintes: aumento da agitação; alucinações; défice de motivação para iniciar um comportamento dirigido para uma meta; défice de motivação para iniciar um comportamento voluntário; défice de motivação para manter um comportamento dirigido para uma meta; défice de motivação para manter um comportamento voluntário; flutuação ao nível da atividade psicomotora; flutuação da cognição; flutuação do nível de consciência; aumento da inquietação; percepções erróneas.

Analisando estes critérios, verifica-se que a confusão aguda é uma entidade ampla, que pode envolver um conjunto alargado de situações, contrariamente ao que se verifica no caso do *delirium*, que se apresenta como uma entidade nosológica com critérios bem definidos e altamente específicos. Porém, e para possibilitar uma análise comparativa mais crítica e interpretativa, o sub-capítulo seguinte será dedicado, na íntegra, à comparação entre os critérios de diagnóstico de *delirium* e de confusão aguda, segundo a APA (2002) e a NANDA International (2010), respetivamente, sendo essa análise baseada, totalmente, nas evidências que são apresentadas pela literatura de referência da Enfermagem e da Medicina.

3.6. Comparação entre os Critérios do DSM-IV-TR® e da NANDA

No presente trabalho, a comparação entre os critérios apresentados pela APA (2002), no DSM-IV-TR®, para o diagnóstico de *delirium*, e os critérios apresentados pela NANDA International (2010), no livro de diagnósticos da NANDA®, para o diagnóstico de confusão aguda, tem como principal função ajudar a compreender, um pouco melhor, o que medem, efetivamente, o CAM e a Escala de Confusão NeeCham sabendo, previamente, que o CAM é um instrumento desenhado para realizar o diagnóstico de *delirium*, enquanto a Escala de Confusão NeeCham é uma escala desenhada para fazer um rastreio relativamente à identificação de um estado confusional agudo (geral, não especificamente o *delirium*). Para além disso, esta análise oferece ainda um ponto de comparação, emparelhado, entre o CAM e os critérios da APA (2002) para o diagnóstico de *delirium*, e entre a Escala de Confusão NeeCham e os critérios da NANDA International (2010) para o diagnóstico de confusão aguda (já que esta comparação permite apreciar os critérios apresentados por “instrumentos” diferentes, mas que avaliam as mesmas entidades nosológicas).

Assim, e partindo para a comparação entre os critérios de diagnóstico da APA (2002) para o *delirium* e da NANDA International (2010) para a confusão aguda (Tabela 4) verifica-se, desde logo, que existem algumas semelhanças entre ambas as condições. Desde logo, em ambos os casos se verifica que o desenvolvimento da condição é abrupta (ocorre num curto período de tempo) e que existe um curso flutuante da mesma (com flutuações ao nível cognitivo, da consciência e, no caso da confusão aguda, da atividade psicomotora). Para além destas, verificam-se ainda semelhanças ao nível das consequências cognitivas (cognição alterada, e com flutuações, sobretudo ao nível da atenção, orientação, linguagem e memória), da consciência (com perturbações ao nível da consciência que vão apresentando um curso flutuante), e da perceção (verificando-se uma perturbação

da percepção, que se pode refletir sobre a forma de percepções errôneas e/ou de alucinações).

Tabela 4 - Comparação entre os Critérios do DMS-IV-TR® (*Delirium*) e dos Diagnósticos NANDA® (Confusão Aguda)

Critérios de Diagnóstico	DSM-IV-TR® (<i>Delirium</i>)	Diagnósticos NANDA® (Confusão Aguda)
Consciência	Perturbação da consciência (diminuição da percepção do ambiente)	Flutuação no nível de consciência
Cognição	Alteração da cognição (incluindo desatenção, desorientação, perturbação da linguagem ou déficit de memória)	Flutuação da cognição
Percepção	Desenvolvimento de uma perturbação da percepção	Alucinações e percepções errôneas
Comportamento Físico	_____	Agitação e inquietação aumentadas; flutuação na atividade motora
Volição	_____	Falta de motivação para: iniciar e manter um comportamento voltado para uma meta; iniciar e manter um comportamento voluntário
Flutuação	Presente	Presente
Desenvolvimento	Ao longo de um curto período de tempo	Abrupto
Exclusão do Diagnóstico	Se alterações na cognição forem atribuídas a uma demência pré-existente ou em evolução	A demência pode ser um fator relacionado com a confusão aguda

Fonte: Elaborado a partir dos dados de APA (2002) e NANDA International (2010)

No entanto, e tal como seria expectável, considerando que *delirium* e confusão aguda não se tratam de condições iguais, verificam-se diferenças entre cada uma destas entidades, sobretudo porque a confusão aguda, por se tratar de uma condição mais ampla, apresenta um leque mais alargado de características definidoras. Assim, no caso da confusão aguda, a NANDA International (2010) apresenta características relacionadas com o comportamento físico (aumento da agitação e inquietação, havendo, contudo, uma flutuação nessas características) e

com a volição (são referidos diversos défices motivacionais relacionados com o início e manutenção de um comportamento voluntário e dirigido para uma meta).

No caso do *delirium*, a APA (2002) refere que a entidade nosológica não deve ser diagnosticada no caso de esta ser mais bem explicada por uma demência pré-existente ou em evolução. Por outro lado, no que concerne à confusão aguda, e ainda que a NANDA International (2010) não refira que a confusão aguda não deve ser diagnosticada no caso de esta situação ser melhor explicada por uma demência pré-existente ou em evolução, é referido que a demência pode assumir-se como um fator relacionado com a confusão aguda. Portanto, verifica-se que a confusão aguda pode apresentar uma relação com a demência, o que não significa que esta deva ser diagnosticada se os sinais e sintomas apresentados pelo doente forem mais bem explicados pela evolução ou pré-existência de uma demência.

Em jeito de conclusão, é extremamente importante, na prática clínica, perceber qual a sintomatologia apresentada pelo doente, e se esta é sugestiva de confusão aguda ou, mais especificamente, de *delirium*. Realizando essa associação, torna-se possível finalizar o processo de tomada de decisão relativamente a qual o melhor instrumento psicométrico (CAM ou Escala de Confusão NeeCham) a utilizar. Em caso de dúvida, a Escala de Confusão NeeCham, pelo facto de avaliar a confusão aguda (condição mais abrangente) parece ser a melhor opção, já que permite um rastreio de uma condição mais geral. No entanto, o CAM, por ser um instrumento de diagnóstico de *delirium* (condição mais específica), pode permitir a realização de um diagnóstico mais concreto. Importa ainda ressaltar que, apesar de existir literatura que aponta o CAM como um instrumento de diagnóstico, a autora (principal responsável pela sua construção), afirma que a utilização pretendida do mesmo é enquanto instrumento de rastreio do *delirium* (Inouye, 2003).

Por ser um instrumento mais geral, a Escala de Confusão NeeCham, parece ser capaz de identificar, igualmente, o *delirium* (condição mais específica). Assim, torna-se importante, igualmente, perceber se o CAM é um instrumento psicométrico capaz de identificar casos de confusão aguda para além daqueles que se inserem nos critérios específicos do *delirium*, algo que não foi possível aferir a partir dos estudos analisados, decorrentes da pesquisa realizada.

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

Concluída a fundamentação teórica deste estudo, e partindo do princípio que o *Confusion Assessment Method* (CAM), quando traduzido e validado para a população portuguesa pode constituir um importante apoio, ao nível do diagnóstico, para os diversos profissionais de saúde, é sobre este instrumento psicométrico que nos iremos debruçar nas próximas páginas. Na parte II será relatado o estudo propriamente dito, sendo descrita a metodologia e o desenvolvimento do processo de investigação.

4. METODOLOGIA

Após a realização de uma revisão da literatura relativamente àqueles que são os focos principais do presente trabalho, pode considerar-se que existe uma melhor preparação para a justificação do estudo, da sua finalidade e objetivos, e para a determinação da metodologia adotada. Assim, o presente capítulo abordará todas as opções metodológicas que conduziram o trabalho de investigação.

De acordo com Fortin, Côté e Fillion (2009), a metodologia da investigação pressupõe, simultaneamente, um processo racional e um conjunto de diferentes meios ou técnicas para a realização da investigação. Nesse sentido, os processos metodológicos utilizados foram selecionados tendo em vista a possibilidade de dar resposta aos objetivos e às questões de investigação. Como tal, será realizada uma abordagem, nos sub-capítulos seguintes, da contextualização e justificação do estudo, da sua finalidade e objetivos, dos procedimentos referentes à tradução e à validação do CAM (seleção do instrumento psicométrico a validar, tradução do instrumento, e avaliação das propriedades psicométricas), e das informações relativas ao estudo metodológico e descritivo-correlacional (questões de investigação, variáveis, população e amostra do estudo, técnica de colheita de dados, e análise e tratamento dos dados).

4.1. Contexto e Justificação

A análise dos processos de saúde/doença, no contexto da Saúde Mental e Psiquiatria, é altamente subjetiva, na medida em que existe um elevado número de fatores que podem concorrer para um diagnóstico, ou para a identificação de um problema/necessidade em saúde. Nesse sentido, e para que a avaliação em Saúde Mental e Psiquiatria seja mais objetivável (ainda que nunca o seja na totalidade), torna-se fundamental a utilização de instrumentos psicométricos de avaliação, preferencialmente traduzidos e validados para a população portuguesa.

No caso dos serviços de saúde não psiquiátricos, o problema torna-se ainda mais complexo, na medida em que são praticamente inexistentes os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (teoricamente, os mais habilitados/capacitados para a deteção de problemas ligados à Saúde Mental) a exercer funções.

4.2. Finalidade e Objetivos do Estudo

Tomando por base a contextualização da presente investigação, e acreditando que o CAM pode ser, efetivamente, uma mais-valia para a prática profissional dos enfermeiros (em particular para os enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria), ambicionou-se traduzir e validar esse mesmo instrumento psicométrico, de forma a ajudar os enfermeiros portugueses na sistematização de um processo de diagnóstico de *delirium* e/ou confusão aguda junto das pessoas idosas internadas (permitindo ainda conhecer, um pouco melhor, esse fenómeno num contexto de internamento, em Portugal).

Segundo Fortin, Côté e Filion (2009), o objetivo de um estudo não é mais do que a descrição, explicação ou predição, de acordo com o estado da arte no domínio estudado. Assim, o enunciado do objetivo deve precisar as variáveis-chave, a população-alvo e o verbo de ação apropriado. Conhecida a finalidade do estudo identificam-se, seguidamente, os objetivos do mesmo: traduzir e validar um instrumento de diagnóstico de *delirium* e/ou confusão aguda para a população portuguesa, no que se refere aos contextos de Psiquiatria, Unidades de Cuidados Intensivos, Cirurgia, Medicina Interna, e Ortopedia; verificar se as características sociodemográficas (género, idade, estado civil e escolaridade) têm relação com a ocorrência de *delirium* e/ou confusão aguda nas pessoas idosas internadas; verificar se as características clínicas (patologia principal, outras patologias, serviço de internamento, tempo de internamento, antecedentes de estados confusionais agudos, e medicação prescrita) têm relação com a ocorrência de *delirium* e/ou confusão aguda nas pessoas idosas internadas.

4.3. Tradução e Validação do Instrumento Psicométrico

Em investigação, quando é necessária a utilização de um instrumento para medir um conceito, é vulgar que o investigador não tenha outra opção senão a utilização de um instrumento de medida concebido numa outra língua, já que a construção de um instrumento, de raiz, é dispendiosa sob todos os pontos de vista (Fortin, Côté & Filion, 2009). No caso concreto da presente investigação, a utilização do instrumento de medida não é um meio, mas um fim em si mesmo, já que não se pretende medir um conceito para daí retirar ilações, mas sim determinar se o instrumento apresenta fidelidade e validade para a medição do conceito para o qual foi desenhado, no caso concreto da população portuguesa (ainda que apenas nos contextos incluídos no estudo).

Segundo os mesmos autores (Ibidem), no caso de o investigador pretender servir-se de instrumentos de medida concebidos noutra língua (como sucede no presente trabalho), este deve informar-se sobre a sua fidelidade, validade, e aspetos normativos. Neste sentido, os sub-capítulos seguintes serão dedicados à explanação do processo de seleção do instrumento a validar, bem como dos procedimentos que levaram à sua tradução, validação e avaliação de propriedades psicométricas.

4.3.1. Seleção do Instrumento Psicométrico

Aquando da revisão da literatura realizada acerca dos instrumentos psicométricos de diagnóstico e avaliação do *delirium* e/ou da confusão aguda, foi encontrado um leque alargado de instrumentos que serviriam esse fim. Assim, e ainda que tenham sido encontrados diversos artigos isolados relativamente a esta temática, optou-se por focar, sobretudo, dois artigos de revisão sistemática da literatura (Adamis et al., 2010; Wong et al., 2010) dedicados, precisamente, à análise de instrumentos psicométricos que poderiam apresentar validade para a avaliação do *delirium* e/ou da confusão aguda.

A partir da análise dos artigos supracitados, pôde verificar-se que os instrumentos criados para esse fim, incluem os seguintes: *Bedside Confusion Scale*, *Clinical Assessment of Confusion-A*, *Clinical Assessment of Confusion-B*, *Clock Drawing Test*, *Cognitive Test for Delirium*, *Confusion Assessment Method*, *Confusion Rating Scale*, *Confusion State Evaluation*, *Delirium Assessment Scale*, *Delirium Index*, *Delirium Observation Screening Scale*, *Delirium Rating Scale*, *Delirium Rating Scale-Revised98*, *Delirium Scale*, *Delirium Severity Scale*, *Delirium Symptom Interview*, *Delirium-O-Meter*, *Digit Span Test*, *Global Attentiveness Rating*, *Memorial Delirium Assessment Scale*, *Mini-Mental State Examination*, *NeeCham Confusion Scale*, *Nursing Delirium Screening Scale*, *Organic Brain Syndrome*, *Saskatoon Delirium Checklist*, *The Visual Analog Scale for Acute Confusion*, *The Delirium Writing Test*, *The Abnormal Signature Test* e *Vigilance “A” Test* (Adamis et al., 2010; Wong et al., 2010). No caso da revisão sistemática da literatura realizada por Adamis et al. (2010), os autores concluem que, apesar do alargado número de instrumentos existentes, nem todos estão validados apropriadamente no que concerne às suas propriedades psicométricas, e não existe unanimidade sobre qual é a melhor escala a utilizar. Apesar disso, existe um pequeno conjunto de escalas que podem ser classificadas como sendo robustas e utilizáveis: **CAM**, **Delirium Rating Scale**, **Memorial Delirium Assessment Scale** e **NeeCham Confusion Scale**.

Partindo desta informação, e que reduz, desde logo, o leque de opções ao nível de instrumentos psicométricos para avaliação do *delirium* e/ou da confusão aguda, a revisão sistemática da literatura realizada por Wong et al. (2010) refere, nas suas conclusões, que a escolha do instrumento deve ser sempre ditada pelo tempo disponível para a sua aplicação, bem como pela disciplina do profissional que o utiliza. Porém, a melhor evidência aponta para o uso do CAM como instrumento de eleição, sendo que este pode ser aplicado num período temporal de cerca de cinco minutos. Apesar da importância desta informação, realça-se o facto de este trabalho de revisão sistemática da literatura não incorporar, na sua análise, um dos quatro instrumentos de eleição anteriormente referidos: a Escala de Confusão NeeCham.

Ainda assim, e afunilando a revisão da literatura ao âmbito nacional, foi possível verificar que a Escala de Confusão NeeCham já havia sido validada para a população portuguesa (Neves, 2008) pelo que, para efeitos de validação, este instrumento estaria excluído *a priori*. Pela análise da literatura, foi possível constatar que, apesar de a Escala de Confusão NeeCham ser amplamente aceite como instrumento de diagnóstico (mas sobretudo de rastreio) da confusão aguda, o CAM é um instrumento com mais publicações relacionadas (227, contra as 33 da Escala de Confusão NeeCham), e que se apresenta como um instrumento mais específico de avaliação do *delirium* (entidade nosológica mais específica e mais estudada ao nível médico, contrariamente ao que sucede com a confusão aguda, avaliada pela Escala de Confusão NeeCham) (Adamis et al., 2010). Para além disso, os livros médicos de referência (Josephson & Miller *in* Fauci et al., 2008) apresentam o CAM como o instrumento de eleição para o diagnóstico/avaliação do *delirium*, ainda que este não permita a sua classificação por níveis de gravidade, tal como sucede com a classificação da confusão aguda permitida pela Escala de Confusão NeeCham.

Após retirar estas informações essenciais, a partir da revisão da literatura efetuada, levanta-se a seguinte questão: sendo o CAM um instrumento de eleição (altamente específico) para o diagnóstico do *delirium*, será este também capaz de, com níveis substanciais de sensibilidade e especificidade, realizar o diagnóstico de confusão aguda (condição mais ampla)? De modo a dar resposta a esta questão, torna-se essencial fazer uma avaliação das propriedades psicométricas do CAM para a população portuguesa, incluindo uma validação convergente com a Escala de Confusão NeeCham, ganhando assim consistência e validade a opção pela tradução e validação do CAM para a população portuguesa.

4.3.2. *Tradução de Instrumentos de Colheita de Dados*

Os testes escritos em inglês e traduzidos de acordo com regras lexicais não mantêm um sentido similar (Ribeiro, 2010). Assim, tal como afirma Raad (1998, cit. por Ribeiro, 2010), as línguas diferem muito umas das outras, sendo que traços descritos numa língua não têm, necessariamente, tradução correspondente noutra língua. Como tal, um processo de adaptação adequado consiste, de forma quase obrigatória, num procedimento muito semelhante ao de construção (Ribeiro, 2010) já que, como afirma Bradley (1994, cit. por Ribeiro, 2010), uma nova tradução necessita de ser submetida aos mesmos procedimentos psicométricos que a versão original, supostamente, terá sofrido.

Considerando que um item traduzido segundo as regras lexicais tem uma pequena probabilidade de ter o mesmo significado na língua original e na traduzida, frequentemente, de modo a manter o mesmo sentido, a solução passa pelo ajuste do texto (Ribeiro, 2010). Assim, o que se pretende na tradução de um instrumento é que este permita a comparação dos conceitos entre os respondentes pertencentes a culturas diferentes (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Aquando da realização da tradução de uma escala importada, o que se procura é a equivalência das medidas, ao nível cultural e ao nível funcional (Jones et al., 2001, cit. por Fortin, Côté & Filion, 2009). Para se poder obter um instrumento traduzido que seja equivalente ao original, sob o ponto de vista cultural, assim como funcional, é fundamental estar familiarizado com as exigências linguísticas inerentes ao trabalho de tradução e com as particularidades culturais e psicométricas das populações a que dizem respeito (Hilton & Skrutkowski, 2002, cit. por Fortin, Côté & Filion, 2009).

Nesse sentido, diversos autores sugerem a realização de uma tradução do instrumento original para a língua alvo e, seguidamente, de uma retrotradução para a língua de partida (Vallerand, 1989, Jones & Kay, 1992, McDermott & Palchanes, 1994, Erkut et al., 1999, cit. por Fortin, Côté & Filion, 2009). Assim, a tradução deve ser realizada, no mínimo, por dois tradutores independentes, sendo que um deles realiza a tradução do instrumento para a língua de chegada, enquanto o outro realiza a retroversão do texto para a língua de partida. Os textos das versões original e retrotraduzida devem ser alvo de comparação, sendo que a versão na língua de chegada deve ser corrigida tantas vezes quanto necessário até que a tradução seja julgada plenamente satisfatória (Fortin, Côté & Filion, 2009).

4.3.3. *Tradução do Instrumento Psicométrico*

Ainda antes do início de um processo de tradução e validação de um instrumento psicométrico, é fundamental requerer a autorização para esse mesmo processo aos autores da escala original. Nesse sentido, foi realizado um contacto, via correio eletrónico, à investigadora principal no processo de construção e validação do CAM (Sharon K. Inouye), no sentido de pedir autorização para a tradução e validação do instrumento para a população portuguesa, tendo esse pedido sido prontamente aceite (Anexo I).

Para a realização da tradução do CAM, da versão original (Anexo II) para português de Portugal, foi aplicado um procedimento em tudo semelhante ao referido no sub-capítulo anterior. Assim, foram realizadas duas traduções independentes do CAM para português [uma pelo investigador principal (Anexo III), e outra por uma enfermeira com domínio da língua inglesa, ainda que não especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria - domínio linguístico, mas não de conteúdo (Anexo IV)]. Após a realização das duas traduções independentes, verificou-se a existência de um trabalho de tradução e validação do CAM para português do Brasil (Anexo V). Ainda que a existência de uma versão traduzida para português do Brasil faça com que não seja necessário o processo de tradução do instrumento para português de Portugal, optou-se por terminar o processo, incluindo a versão existente em português do Brasil como uma terceira versão do CAM. A partir das três versões existentes em língua portuguesa (duas em português de Portugal, e uma em português do Brasil), o investigador principal procurou chegar a uma versão de consenso, que mantivesse a coerência em termos linguísticos, e a correção ao nível concetual. Daí resultou aquela que foi considerada como a versão provisória do CAM em português de Portugal (Anexo VI).

Essa mesma versão provisória foi entregue a um professor de inglês, nascido na África do Sul, e detentor de um Mestrado em Literatura Inglesa, no sentido de se realizar uma retrotradução para a língua inglesa. Após estar na posse da versão retrotraduzida do instrumento (Anexo VII) que, importa salientar, não apresentava divergências significativas relativamente à versão original, foi realizado um convite à principal autora do CAM, no sentido de validar a versão retrotraduzida, por comparação com a versão original, convite esse que não foi aceite, por motivos de índole profissional.

4.3.4. Avaliação das Propriedades de Medida Pós-Tradução

Após estar terminado o processo de tradução de um instrumento psicométrico, importa apreciar a sua validade concetual de modo a assegurar-se que a escala mede bem o conceito que é suposto ela medir (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Nesse sentido, foi realizado um convite a um painel multidisciplinar de peritos na área da Saúde Mental e Psiquiatria e/ou ligados à investigação dos estados confusionais agudos, no sentido de se realizar uma validação de conteúdo do CAM (relação entre os itens e o que se pretende que a escala meça). Apesar de este processo não ser obrigatório (já que se trata de uma tradução e validação de um instrumento psicométrico, e não da sua construção), acreditou-se ser importante verificar se, no contexto de Portugal, se mantinha a adequação entre os itens do CAM e o diagnóstico de *delirium*.

Para a definição do grupo de peritos aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão (presença de dois ou três dos seguintes critérios): ser/ter sido investigador na área da confusão aguda/estados confusionais agudos; ser detentor do grau de Doutor ou Mestre; possuir, no mínimo, dois anos de experiência em Saúde Mental ou nos contextos em que os estados confusionais agudos são mais prevalentes (Medicina Interna, Cirurgia, Cuidados Intensivos, Ortopedia, Geriatria,...).

Foi, assim, endossado um convite para a integração do grupo de peritos a oito profissionais, tendo este sido aceite por três deles (um psicólogo e dois enfermeiros), e recusado por dois (uma médica e uma psicóloga). Dois dos profissionais de saúde convidados (enfermeiros) não deram qualquer tipo de resposta, e uma das convidadas (médica) não pôde aceitar o convite por não apresentar critérios correspondentes aos pré-definidos para integrar o grupo de peritos.

Ao realizar a tradução de um instrumento de medida de uma língua para outra, altera-se a sua fidelidade e a validade, ou seja, alteram-se as suas propriedades psicométricas (Fortin, Côté & Fillion, 2009). Nesse sentido, após a conclusão do trabalho de validação de conteúdo (ainda que limitado pelo número reduzido de respostas obtidas), estavam criadas todas as condições para avançar para aquele que é o *core* do presente trabalho: a avaliação das propriedades psicométricas do CAM para a população portuguesa. Para tal, seria importante a avaliação dos dois grandes tipos de propriedades psicométricas: a fidelidade e a validade (Ribeiro, 2010).

A fidelidade significa, de forma resumida, que as notas obtidas por avaliadores (os mesmos ou outros) quando avaliam as mesmas pessoas em diferentes ocasiões, com os mesmos testes ou com um conjunto equivalente de

itens, são semelhantes (Anastasi, 1990, cit. por Ribeiro, 2010). Os níveis de fidelidade que podem ser identificados num teste são os seguintes: consistência interna (através do cálculo do alfa de Cronbach); fidelidade do avaliador/concordância entre observadores (para garantir que o teste apresenta concordância de resultados quando aplicado por dois avaliadores diferentes); reprodutibilidade/estabilidade (grau de concordância entre duas medidas colhidas em dois momentos diferentes) (Fortin, Côté & Filion, 2009; Ribeiro, 2010). No caso do instrumento psicométrico a validar optou-se, desde logo, por não testar a estabilidade/reprodutibilidade do mesmo na medida em que, segundo a APA (2002), os sintomas de *delirium* podem persistir durante algumas semanas, mas também podem resolver-se em algumas horas. Assim, poderia verificar-se uma variação de resultados entre as avaliações realizadas provocada pela alteração efetiva da condição clínica, e não pelo défice de estabilidade/reprodutibilidade do instrumento psicométrico a validar.

Já a validade refere-se ao que o teste mede e a quão bem o faz, ou seja, é a garantia que o teste dá que mede o que se propõe medir (Ribeiro, 2010). Os tipos de validade que podem ser identificados num teste são os seguintes: validade de conteúdo, no presente caso, através de um grupo de peritos (que se estabelece pela evidência de que os atributos incluídos no teste são uma amostra representativa do que se pretende medir) (Ribeiro, 2010); validade de critério (que indica a eficiência de um teste em prever o comportamento de uma pessoa numa dada situação) (Anastasi, 1990, cit. por Ribeiro, 2010); validade de constructo (que diz respeito à capacidade de um instrumento para medir o conceito ou o constructo definido teoricamente) (Fortin, Côté & Filion, 2009).

No presente estudo, optou-se pela validação para Portugal da versão reduzida do CAM (algoritmo do CAM), ou seja, pela versão que contempla apenas quatro itens (Anexo VIII). Esta opção deveu-se ao facto de, com o presente trabalho, se pretender, acima de tudo, a validação de um instrumento de rastreio e/ou diagnóstico sendo que, para efeitos de cotação, apenas os quatro primeiros itens do instrumento permitem avaliar a presença ou ausência de *delirium* (os restantes itens, ainda que permitam diagnosticar/avaliar o *delirium*, não apresentam uma forma expressa e validada de cotação, ou seja, não concorrem para o diagnóstico) (Inouye, 2003).

Assim, o algoritmo do CAM (daqui por diante designado apenas por “CAM”) foi aplicado a uma amostra constituída por pessoas idosas internadas. De forma a observar as propriedades métricas do instrumento foi aferida a sua **validade concorrente** e foram realizados testes de **sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, *likelihood ratio* positivo e negativo** (em todos os

casos, utilizando como **gold standard** os critérios do DSM-IV-TR® para o diagnóstico de *delirium*, sendo estes critérios avaliados, igualmente, pelo investigador). Na análise das propriedades métricas do CAM, optou-se pela avaliação dos parâmetros que haviam sido alvo de aferição no estudo de construção e validação do instrumento (Inouye et al., 1990), bem como em outros estudos de validação realizados para os mais diversos contextos (Wei et al., 2008; Wong et al., 2010). Assim, a somar às propriedades acima referidas, foi ainda analisada a prevalência de *delirium* mediante avaliação com o **método sensível** de pontuação do CAM e com o **método específico** de pontuação.

Antes de avançar para esta distinção, que constitui um ponto-chave no trabalho realizado, importa ressaltar o seguinte: o critério um do CAM foi apresentado, no estudo inicial de validação, como “início agudo e curso flutuante”. Porém, durante estudos iniciais de aplicação do instrumento, verificou-se a dificuldade de preenchimento relativamente ao curso flutuante, sobretudo em entrevistas de 10 a 20 minutos, sem conhecimento prévio da pessoa (ou seja, tal como realizado na colheita de dados que esteve na origem do presente trabalho). Para além disso, verificou-se que o uso do critério “início agudo ou curso flutuante” permitiu o aumento da sensibilidade do CAM para a deteção de todos os possíveis casos de *delirium* (ainda que, em alguns casos, a especificidade tenha sido altamente prejudicada). Assim, e porque o mais importante seria que o CAM servisse como instrumento de rastreio, com a maior sensibilidade possível, optou-se pela alteração do critério um para “início agudo ou curso flutuante”. Portanto, existem duas formas de utilizar o CAM: para obter a **máxima sensibilidade**, o critério um deverá ser “início agudo ou curso flutuante”; para obter a **maior especificidade** possível, o critério um deverá ser “início agudo e curso flutuante”. Como tal, no presente estudo, optou-se por realizar a avaliação das propriedades métricas do CAM de acordo com as duas formas possíveis de cotação do critério um.

No que concerne à **validade de constructo**, foi realizada a avaliação da **validade convergente** entre o CAM e a **Escala de Confusão NeeCham**, de modo a perceber se existem diferenças significativas entre os dois instrumentos, ou seja, se ambos medem, efetivamente o mesmo conceito (já que, teoricamente, o primeiro mede apenas o *delirium*, enquanto o segundo faz uma avaliação mais ampla, da confusão aguda). Já no que respeita à **fidelidade**, a sua avaliação foi realizada, unicamente, pela avaliação da **concordância entre observadores** (sendo o observador um enfermeiro generalista a quem foi dada uma breve explicação acerca do preenchimento da escala e dos parâmetros a considerar para preenchimento dos itens, tendo sido realizada a avaliação comparativa, em

simultâneo, de pessoas idosas internadas em serviços de Cirurgia e de Medicina Interna). A aferição da concordância entre observadores seguiu os passos preconizados por Inouye (2003), ou seja, foi realizada a aplicação do MMSE e, seguidamente, o preenchimento do CAM pelo investigador principal e pelo observador, alternadamente (ou seja, se a primeira entrevista fosse realizada pelo investigador, na entrevista seguinte este passaria para o papel de observador, e assim sucessivamente).

4.4. Estudo Metodológico e Descritivo-Correlacional

De modo a proceder à validação do CAM para a população portuguesa, no contexto de um hospital central, num determinado momento, foi desenhado um **estudo quantitativo, do tipo metodológico e transversal**. Para Fortin, Côté & Filion (2009), trata-se de um estudo que visa estabelecer e verificar a fidelidade e a validade de um instrumento de medida, permitindo assim aos investigadores utilizá-los com toda a confiança. Este tipo de estudo é algo diferente dos outros métodos de investigação, já que não inclui todas as etapas do processo de investigação, não se interessa pelas relações entre a variável independente e a variável dependente, nem pelo efeito da variável independente.

A somar ao trabalho de validação do CAM (ainda que esteja incluído nesse mesmo processo), pretende-se ainda perceber se este instrumento psicométrico é capaz de medir, para além do *delirium* (diagnóstico médico), a confusão aguda (diagnóstico de Enfermagem), através da comparação com a Escala de Confusão NeeCham (ainda que a análise teórica demonstre que as escalas avaliam conceitos semelhantes, mas não iguais). Para além disso, pretende-se ainda explorar a relação existente entre o *delirium* e/ou confusão aguda, e as características sociodemográficas e clínicas das pessoas idosas internadas. Nesse sentido, e porque esse trabalho permite explorar relações entre variáveis e descrevê-las (Fortin, Côté & Filion, 2009) pode considerar-se que o presente estudo é também, ainda que secundariamente, um **estudo descritivo-correlacional transversal**. Pretende-se, portanto, verificar a relação entre o *delirium* e/ou confusão aguda, e as variáveis “género”, “idade”, “estado civil”, “escolaridade”, “serviço de internamento”, “patologia principal”, “outras patologias”, “tempo de internamento”, “antecedentes de estado confusional agudo”, e “medicação prescrita”.

Assim, e ainda que o estudo realizado seja abrangente naquilo que pretende avaliar, este mantém-se, primariamente, enquanto estudo metodológico dado que a sua principal finalidade se prende com a tradução e validação do CAM para a

população portuguesa, pelo que a questão de partida para o mesmo é: quais são as propriedades psicométricas do CAM para a avaliação do *delirium* e/ou da confusão aguda das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?

4.4.1. Questões de Investigação

De acordo com Fortin, Côté e Filion (2009), as questões de investigação são mais específicas do que os objetivos, e incluem os diferentes aspetos suscetíveis de serem estudados. Assim, as questões de investigação estão ligadas a um estado de conhecimento menos avançado e são, geralmente, utilizadas em estudos de caráter mais descritivo, já que nestes casos o investigador não se apoia em resultados de investigação e em teorias.

Assim, a primeira questão de investigação do presente estudo é: **Quais são as propriedades psicométricas apresentadas pelo CAM numa amostra portuguesa de pessoas idosas?** A segunda questão de investigação é: **a) Qual é a relação existente entre o *delirium* e as caraterísticas sociodemográficas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal? b) Qual é a relação existente entre a confusão aguda e as caraterísticas sociodemográficas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?** A terceira questão de investigação é: **a) Qual é a relação existente entre o *delirium* e as caraterísticas clínicas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal? b) Qual é a relação existente entre a confusão aguda e as caraterísticas clínicas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?**

4.4.2. Variáveis

O enunciado do objetivo, bem como as questões de investigação comportam, em si mesmas, variáveis, sendo estas as unidades de base da investigação. Assim, as variáveis são qualidades, propriedades ou caraterísticas das pessoas, objetos de situações suscetíveis de mudar ou de variar no tempo. Quanto à sua classificação, as variáveis podem ser independentes, dependentes, de investigação, de atributo ou estranhas. No presente estudo, o tipo de variáveis que se aplica são, sobretudo, as variáveis de atributo, que não são mais do que as caraterísticas pré-existentes dos participantes num estudo. No entanto, existem também variáveis de investigação, ou seja, qualidades, propriedades ou caraterísticas que são observadas ou medidas (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Assim, as **variáveis de atributo** do presente estudo podem ser divididas em dois tipos: **atributos dos sujeitos e atributos do episódio de internamento.**

Nesse sentido, as variáveis de atributo dos sujeitos são as seguintes: **idade; gênero; estado civil; escolaridade**. Já as variáveis de atributo do episódio clínico são: **serviço de internamento; patologia principal; outras patologias; tempo de internamento; antecedentes de estado confusional agudo; medicação prescrita**.

Quanto à variável “serviço de internamento”, visto que existe mais do que um serviço para cada especialidade médica, estes serviços foram agrupados dentro da mesma especialidade médica (Tabela 5). No que concerne às variáveis “patologia principal” e “outras patologias”, utilizou-se a CID-10® (OMS, 2007), na versão em português do Brasil (*online*) para a codificação dos diagnósticos principais (Tabela 6). Relativamente à variável “medicação prescrita”, esta foi apresentada de acordo com a classificação de grupos farmacológicos definida pelo Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (INFARMED)/Ministério da Saúde (2011) (Tabela 7).

Tabela 5 - Mapa de Serviços e Codificação

Codificação	Serviços
Psiquiatria	Internamento de Psiquiatria
Medicina Interna	Cardiologia/Pneumologia/Medicina B Medicina C Medicina D Medicina E
Cirurgia	Cirurgia Geral B Cirurgia Geral C/Cirurgia Plástica/Gastroenterologia
Ortopedia	Ortopedia B Ortopedia C Ortopedia D
Unidade de Cuidados Intensivos	Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

Tabela 6 - Diagnóstico Médico Segundo CID-10®

Diagnóstico Médico
Algumas Doenças Infeciosas e Parasitárias
Neoplasias (tumores)
Doenças do Sangue e dos Órgãos Hematopoiéticos e Alguns Distúrbios Imunitários
Doenças Endócrinas, Nutricionais e Metabólicas
Distúrbios Mentais e Comportamentais
Doenças do Aparelho Circulatório
Doenças do Aparelho Respiratório
Doenças do Aparelho Digestivo
Doenças da Pele e do Tecido Subcutâneo
Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo
Doenças do Aparelho Genitourinário
Sintomas, Sinais e Achados Anormais de Exames Clínicos e de Laboratório, Não Classificados em Outra Parte
Lesões, Envenenamentos e Algumas Outras Consequências de Causas Externas
Estudo

Tabela 7 - Medicação Prescrita Segundo INFARMED/Ministério da Saúde

Medicação Prescrita
Medicamentos Anti-Infeciosos
Sistema Nervoso Central
Aparelho Cardiovascular
Sangue
Aparelho Respiratório
Aparelho Digestivo
Aparelho Genitourinário
Hormonas e Medicamentos Usados no Tratamento das Doenças Endócrinas
Aparelho Locomotor
Medicação Antialérgica
Nutrição
Corretivos da Volemia e das Alterações Eletrolíticas
Medicamentos Usados em Afeções Cutâneas
Medicamentos Usados em Afeções Oculares

Podem ainda considerar-se, como **variáveis de investigação**, o resultado da aplicação do **CAM** (*delirium* presente ou *delirium* ausente), o resultado da aplicação da **Escala de Confusão NeeCham** (para valores entre 0 e 19, confusão moderada a severa; para valores entre 20 e 24, confusão ligeira ou início do desenvolvimento de confusão; para valores entre 25 e 26, não confuso mas com alto risco de confusão; para valores entre 27 e 30, não confuso ou função normal) (Neves, 2008), o resultado da aplicação do **MMSE** e suas subescalas, e os resultados decorrentes da avaliação dos idosos internados através do **critérios de avaliação do *delirium* do DSM-IV-TR®** (APA, 2002) e dos **critérios de avaliação da confusão aguda da NANDA International®** (NANDA International, 2010).

4.4.3. População, Amostra e Técnica de Colheita de Dados

De acordo com Norusis (1991, cit. por Ribeiro, 2010), as pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir conclusões são designadas por população. Assim, a população ou universo não é mais do que a totalidade das observações pertinentes que podem ser realizadas num dado problema (Miaoulis & Michener, 1976, cit. por Ribeiro, 2010). A população que é objeto do estudo, e que é composta pelo conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente, designa-se por população alvo (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Nesse sentido, foi definida como característica comum, no presente estudo, a hospitalização, ou seja, a população era composta pelas pessoas internadas num hospital central (devido à maior frequência de pessoas em estados agudos de doença). No entanto, como afirma Fortin, Côté e Fillion (2009), raramente se tem a possibilidade de estudar a população alvo na sua totalidade devendo, portanto, definir-se uma amostra, ou seja, uma fração de uma população sobre a qual se faz o estudo, e que deve ser representativa dessa mesma população.

Assim, e de modo a realizar essa delimitação, foram criados critérios de inclusão e de exclusão para a formação da amostra, não se pretendendo que esta fosse uma amostra significativa das pessoas internadas, mas antes um grupo de pessoas que poderiam, adequadamente, testar o instrumento a validar. Como tal, estabeleceu-se que a amostra seria compreendida pelas **pessoas internadas num hospital central**, que respondessem aos seguintes critérios: **hospitalização num serviço de internamento em que tivesse sido autorizada a realização do estudo; assinatura do consentimento informado para a realização do estudo por parte da pessoa internada ou, principalmente, do responsável legal; idade igual ou superior a 65 anos**. Como critérios de exclusão, foram definidos os seguintes: **score igual ou inferior a oito na Escala de Coma de Glasgow; presença de afasia; psicose grave; atividade delirante grave; agitação psicomotora; ausência de colaboração ou recusa da participação no estudo por parte da pessoa internada ou do seu responsável legal**.

Os pedidos de autorização para a realização do estudo incluíram os serviços de internamento onde, de acordo com a revisão da literatura realizada, o *delirium* e/ou confusão aguda apresentam maiores índices de incidência e prevalência: **Unidade de Cuidados Intensivos** (Immers, Schuurmans & van de Bijl, 2005; McNicoll et al., 2005; Arend & Christensen, 2009; Neves, Silva e Marques, 2011); **Medicina Interna** (Inouye et al., 1990; Miller et al., 1997; Trzepacz et al., 2001; Inouye et al., 2005; Negreiros et al., 2008; Van Rompaey et al., 2008b; Neves, Silva e Marques, 2011); **Cirurgia** (Trzepacz et al., 2001; Matsushita, Matsushima & Maruyama, 2004; Negreiros et al., 2008; Van Rompaey et al., 2008b; Mangnall, Gallagher & Stein-Parbury, 2010; Neves, Silva e Marques, 2011); **Ortopedia** (Milisen et al., 2005; Lowery et al., 2008; Johansson & Hamrin, 2009; Neves, Silva e Marques, 2011). Para além disso, procurou-se ainda perceber se o CAM é um bom instrumento de rastreio ou diagnóstico em pessoas com patologia psiquiátrica, pelo que foi, igualmente, elaborado um pedido para a colheita de dados num serviço de internamento de **Psiquiatria**. Neste sentido, seguiu-se o procedimento adotado pelos autores responsáveis pela construção do CAM (Inouye et al., 1990), que optaram, igualmente, pela avaliação de pessoas portadoras de

doença mental (como demência, depressão, ou ambas), de modo a estabelecer a especificidade do instrumento (na medida em que a avaliação de pessoas que podem apresentar sintomatologia similar àquela que se verifica nos casos de *delirium* pode conduzir a resultados falsos positivos).

O **método de amostragem** selecionado foi o **não probabilístico acidental**, sendo este definido por Ribeiro (2010) como representativo de uma amostra simples constituída por pessoas que, acidentalmente, participaram no estudo. Neste caso, foram incluídas todas as pessoas internadas nos serviços que aceitaram participar no estudo ou, em caso de inaptidão mental, todas as pessoas cujos responsáveis legais autorizaram a participação no estudo, numa amostra total de **100 participantes**.

Quanto à **colheita de dados**, esta foi realizada pelo investigador principal num Hospital Central do Norte de Portugal (no caso da avaliação da concordância entre observadores, com a colaboração de um enfermeiro generalista que trabalhava no mesmo hospital em que foi realizada a colheita de dados), no período compreendido entre 10 de abril de 2012 e 3 de maio de 2012, com recurso a uma **entrevista semiestruturada**, que se pode considerar **dividida em três partes**: características sociodemográficas e clínicas; CAM (precedido do MMSE - servindo como teste cognitivo formal) e Escala de Confusão NeeCham (instrumento para aferição da validade convergente) (mediante pedido prévio de autorização para utilização do instrumento realizado, via correio eletrónico, junto do Enf. Hugo Neves, responsável pela tradução e validação da escala para a população portuguesa - tendo a autorização sido garantida) (Anexo IX); critérios de diagnóstico de *delirium* do DSM-IV-TR® (APA, 2002) e critérios de diagnóstico de confusão aguda da NANDA International® (NANDA International, 2010) (Anexo X).

4.5. Análise e Tratamento dos Dados

Após a conclusão da recolha dos dados, torna-se fulcral o recurso ao tratamento estatístico dos mesmos, como forma de o investigador sintetizar e resumir os dados quantitativos (Polit, Beck & Hungler, 2004). Através da entrevista realizada neste estudo, os dados colhidos foram, *a posteriori*, codificados e lançados numa base de dados, e processados informaticamente com recurso ao programa ***Statistic Package Social for the Social Sciences*® (SPSS®) versão 17.0**. No tratamento dos dados recorreu-se à **estatística descritiva e inferencial**.

Nesta fase, é importante definir as opções estatísticas assumidas, e a partir das quais foram trabalhados os dados obtidos. Assim, desde logo, podem verificar-

se duas situações: relativamente ao CAM, e pelo facto de os seus resultados se expressarem por via de uma variável nominal, encontra-se violado um pressuposto fundamental para a utilização de testes paramétricos; já no caso da Escala de Confusão NeeCham, tal não se verifica, visto que os seus resultados podem expressar-se através de uma variável intervalar (não sendo relevante a normalidade da amostra, visto que esta tem um tamanho bastante superior a 30 participantes).

Neste contexto, optou-se por procurar a resposta às questões de investigação, no caso do CAM, através do recurso a testes não paramétricos (exceto nos casos em que este era relacionado com variáveis escalares) e, no caso da Escala de Confusão NeeCham, através do recurso a testes paramétricos. Assim, para estabelecer as relações entre as variáveis, no caso do CAM, foram utilizados os seguintes testes: Teste do Qui-Quadrado (teste de associação para analisar a associação entre duas ou mais variáveis nominais), sendo que, nos casos em que se verificou a presença de associação, foi utilizado o Coeficiente de Correlação Phi (no caso de tabelas de contingência 2x2) para calcular a correlação entre as variáveis; Teste t de Student para amostras independentes (teste de diferenças para comparar as médias de dois grupos). No caso da Escala de Confusão NeeCham, foram utilizados os seguintes testes paramétricos: Teste t de Student para amostras independentes; ANOVA (teste de diferenças para amostras independentes com o objetivo de comparar as médias de três ou mais grupos); Coeficiente de Correlação de Pearson (teste paramétrico para analisar a associação entre variáveis intervalares).

Importa ressaltar dois aspetos: no caso da variável “outras patologias”, não foi realizada análise estatística, mas procedeu-se a análise de conteúdo da mesma; na utilização de testes paramétricos para realização de estatística inferencial, não se encontra presente uma premissa para a aplicação do Teste t de Student para amostras independentes: a aleatoriedade da amostra. No entanto, e pelo facto de este pressuposto ser desejável, mas não obrigatório, optou-se igualmente pela utilização, nestes casos, de testes paramétricos, considerando que estes devem ser usados sempre que possível (devido à sua consistência), em detrimento dos testes não paramétricos. Em todos os testes estatísticos, foi fixado o **nível de significância** em **0,05** (pelo facto de o trabalho em estudo estar relacionado com Ciências Humanas, e não com Ciências Exatas).

5. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A investigação no domínio das ciências humanas, e em particular no âmbito da saúde envolve, de forma quase invariável, seres humanos, pelo que as considerações éticas devem entrar em jogo logo desde o início da investigação (Fortin, Côté & Filion 2009).

Segundo os mesmos autores (Ibidem), num processo de investigação, quaisquer que sejam os aspetos estudados, este deve ser sempre conduzido no respeito pelos direitos da pessoa na medida em que, aquando do estudo de fenómenos biopsicossociais, os investigadores podem provocar danos, ainda que de forma eventualmente inconsciente, na integridade das pessoas com quem entram em relação, na sua vida privada, ou até mesmo causar-lhes prejuízo.

É precisamente com o objetivo de averiguar se os projetos de investigação respeitam os direitos humanos que foram criadas as comissões de ética da investigação, que não são mais do que comissões constituídas por equipas multidisciplinares a quem é reconhecida competência e independência para avaliar a ética dos projetos de investigação (Fortin, Côté & Filion, 2009).

Assim, e de modo a cumprir todos os pressupostos supracitados, o projeto de investigação do presente trabalho foi enviado à **Comissão de Ética** de um Hospital Central do Norte de Portugal, tendo em vista a sua análise e avaliação. O projeto de investigação entregue fez-se acompanhar por um **consentimento informado com carta explicativa do estudo** (Anexo XI), a ser assinado por todas as pessoas entrevistadas ou, no caso de a pessoa apresentar, de acordo com a avaliação realizada, incapacidade física ou mental para o fazer, seria requerida a assinatura do consentimento informado pelo representante legal.

Todos os **dados** utilizados durante o processo de investigação foram **alvo de codificação**, de modo a serem acedidos somente pelo investigador principal cumprindo, dessa forma, o dever de sigilo e de anonimato. O estudo foi **autorizado** por parte da **Comissão de Ética** e pela **Comissão Executiva** do Hospital, bem como pelos **Diretores dos Serviços** de Psiquiatria, Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes, Medicina Interna, Cirurgia e Ortopedia (Anexo XII).

6. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Numa fase final da realização do presente trabalho, após ter sido realizada uma revisão da literatura relativamente ao *delirium* e/ou confusão aguda, apresentada a metodologia utilizada, e terminado o processo de colheita de dados, importa apresentar os resultados obtidos através da análise estatística realizada.

Assim, os seguintes sub-capítulos serão dedicados à apresentação, de forma meramente descritiva (com alguma componente interpretativa, ainda que as principais reflexões sejam apresentadas, somente, no capítulo seguinte) dos resultados obtidos através da análise de dados colhidos em contexto clínico, relativamente ao instrumento psicométrico a validar (CAM), bem como às relações existentes entre o *delirium* e/ou confusão aguda e as características sociodemográficas e clínicas avaliadas.

6.1. Caraterização da Amostra

Ainda antes de se partir para a estatística inferencial, o presente sub-capítulo servirá para apresentar a **análise exploratória das variáveis** que caraterizam a amostra, quer a nível sociodemográfico, quer a nível clínico. Assim, será realizada uma **análise estatística descritiva** às variáveis: género; idade; estado civil; escolaridade; serviço de internamento; patologia principal; outras patologias; tempo de internamento; antecedentes de confusão aguda; medicação prescrita; MMSE; avaliação do *delirium* através do CAM; avaliação da confusão aguda através da Escala de Confusão NeeCham; avaliação do *delirium* através dos critérios do DSM-IV-TR®; avaliação da confusão aguda através dos critérios da NANDA International® (2010).

6.1.1. Caraterísticas Sociodemográficas

Relativamente ao **género**, destaca-se o **equilíbrio da amostra**, ainda que com uma percentagem ligeiramente superior de pessoas do **sexo feminino**, correspondendo a 51% da amostra (51 pessoas, num total de 100).

No que se refere à idade, verificou-se que a **idade média das pessoas idosas internadas** integrantes da amostra em estudo era de **77,55 anos**, com uma idade mínima de 65 anos e máxima de 93 anos de idade. Verificou-se ainda um desvio-padrão na ordem dos 7,16 anos.

Quanto ao **estado civil**, verifica-se um **predomínio de pessoas casadas**, correspondendo a **50,5%** do total da amostra. É ainda de realçar uma percentagem significativa de pessoas viúvas (36,4%), sendo os números relativos ao estado civil “solteiro” e “divorciado” muito menos significativos (9,1% e 4,0%, respetivamente).

Na avaliação deste parâmetro não foi possível colher dados numa das pessoas internadas, visto que esta, por ter patologia mental (demência), não conseguia responder a esta questão, não tendo sido, igualmente, possível contactar com familiares. Após análise do processo clínico e diálogo com a equipa de Enfermagem, manteve-se a impossibilidade de dar resposta a este parâmetro.

Relativamente à escolaridade, a **média de anos de escolaridade** das pessoas integrantes da amostra é de **3,61 anos**, sendo a moda quatro anos (sendo essa, portanto, a resposta mais vezes obtida aquando da realização da entrevista). O mínimo de anos de escolaridade é zero (i.e., índice nulo de alfabetização), sendo o máximo de 17 anos de escolaridade (num caso esporádico na amostra) (Tabela 8).

Este parâmetro foi avaliado em apenas 97 pessoas, pelo facto de, em três casos, não ter sido possível obter uma resposta concreta por parte do entrevistado (em alguns casos, por patologia demencial), por esse ser um dado não expresso nos processos clínicos, pelo desconhecimento da equipa de Enfermagem, e pelo facto de não ter sido possível chegar ao contacto com os familiares ou, no caso de ser possível, estes não saberem especificar.

Tabela 8 - Caraterísticas Sociodemográficas da Amostra

		%	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	D.-P.
Género	Masculino	49,0	—	—	—	—	—	—
	Feminino	51,0	—	—	—	—	—	—
Idade		—	77,55	78	77,00	65	93	7,16
Estado Civil	Solteiro	9,1	—	—	—	—	—	—
	Casado	50,5	—	—	—	—	—	—
	Divorciado	4,0	—	—	—	—	—	—
	Viúvo	36,4	—	—	—	—	—	—
Escolaridade		—	3,61	4	4,00	0	17	3,22

6.1.2. Características Clínicas

No que concerne ao **serviço de internamento**, quase metade das pessoas internadas entrevistadas (**47%**) encontravam-se no serviço de **Medicina Interna**. Importa ainda referir o número reduzido de pessoas entrevistadas do serviço de **Psiquiatria** (6% do total da amostra), e o número insignificante de pessoas entrevistadas na UCI (1% da amostra) (Tabela 9).

É ainda importante ressaltar que, inicialmente, esperava-se realizar entrevistas em número significativo nos diversos serviços de internamento pré-definidos. Porém, pelo facto de o serviço de Psiquiatria em estudo se tratar de um local para internamento de doentes agudos, a média de idades é bastante inferior àquela que foi definida como critério de inclusão para o presente estudo (≥ 65 anos). Quanto à UCI, o reduzido número de entrevistas realizadas deveu-se ao facto de ser muito reduzido o número de doentes que cumprissem o critério “*score* > 8 na Escala de Coma de Glasgow - ECG”; ainda que alguns doentes cumprissem este critério, também se verificou que uma pessoa com níveis próximos de 8 na ECG se apresenta, manifestamente, incapaz de responder aos itens constituintes da entrevista (incluindo para avaliação através do preenchimento dos instrumentos psicométricos).

Tabela 9 - Distribuição da Amostra por Serviço de Internamento

	N	%
Medicina Interna	47	47,0
Cirurgia	18	18,0
Ortopedia	28	28,0
Unidade de Cuidados Intensivos	1	1,0
Psiquiatria	6	6,0
Total	100	100,0

Quanto à variável “**patologia principal**” importa, desde logo, referir que a sua aferição foi realizada utilizando, como fonte, o quadro presente na sala de Enfermagem dos diversos serviços de internamento, onde estavam especificadas as patologias pelas quais os participantes se encontravam internados. Ressalta-se ainda que, em alguns casos, o internamento era resultado de mais do que uma única patologia pelo que, por vezes, as pessoas internadas apresentavam duas ou mais patologias principais (em alguns casos, até de tipologias bastante distintas).

Desde logo, e analisando esta variável, é possível perceber que a grande maioria das pessoas internadas apresenta, somente, uma patologia principal (ou

pelo menos, patologias da mesma tipologia), sendo algo reduzidos os casos em que se verifica a acumulação de patologias de tipologias distintas. Na amostra, destacam-se as **patologias do aparelho circulatório (19%)** e do **aparelho respiratório (18%)**, sendo estas seguidas de perto pelas “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas” (15%), doenças do aparelho genitorurinário (14%) e doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (14%) (Tabela 10). Relativamente às “lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas”, importa referir que grande parte destes casos se verificam em serviços de Ortopedia, relacionados com quedas ou complicações com próteses que levam à necessidade de internamento ou reinternamento.

Tabela 10 - Patologias Principais Frequentes dos Participantes no Estudo

	N	%
Neoplasias (Tumores)	100	6,0
Doenças Ap. Circulatório	100	19,0
Doenças Ap. Respiratório	100	18,0
Doenças Ap. Digestivo	100	6,0
Doenças Sist. Osteomuscular	100	14,0
Doenças Ap. Genitorurinário	100	14,0
Sintomas, Sinais e Achados Anormais	100	6,0
Lesões, Envenenamentos e Consequências de Causas Externas	100	15,0

Já outros tipos de patologia são bastante escassos na amostra, com destaque para os casos de doenças da pele e do tecido subcutâneo (1%), doenças infecciosas e parasitárias (4%) e doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (4%).

A variável “**outras patologias**” refere-se, sobretudo, aos antecedentes pessoais das pessoas idosas internadas, no sentido de tentar perceber se estão presentes, nas mesmas, condições patológicas que possam enviesar os resultados obtidos aquando da avaliação do *delirium* e/ou confusão aguda através dos instrumentos psicométricos utilizados no presente estudo (sobretudo o CAM). Assim, esta assumiu apenas o papel de **variável string**, não tendo sido alvo de qualquer análise estatística, descritiva ou inferencial. Ainda assim, esta variável apresentou grande utilidade para a análise e interpretação dos resultados falsos positivos e falsos negativos obtidos. Apesar de não ter sido realizada análise estatística dos dados referentes à variável “outras patologias”, foi realizada **análise de conteúdo**, tendo-se verificado elevados índices de prevalência de **Hipertensão Arterial (66 casos)**, **dislipidemia (31 casos)**, **Diabetes Mellitus (27**

casos, sobretudo do tipo 2), Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (16 casos), Insuficiência Cardíaca Congestiva (12 casos), AVC (11 casos), hábitos etílicos (10 casos), e Insuficiência Renal (10 casos). Ao nível da patologia mental, foram ainda detetados sete casos de Depressão ou Síndrome Depressiva, e seis casos de patologia demencial. Nesta análise, não foi dado particular relevo a patologias mais comuns, como os hábitos tabágicos ou a obesidade, ainda que a sua prevalência seja, igualmente, muito significativa.

O tempo médio de internamento das pessoas entrevistadas é de **11,49 dias**, sendo o tempo mínimo de internamento de um dia, e o tempo máximo 88 dias (sendo este um valor que pode ser considerado um *outlier*). Registou-se uma **dispersão significativa** do tempo de internamento dos participantes que, em média, se afastou **12,83 dias em torno da média**. A este nível, importa ainda ter em atenção (devido à presença de *outliers*), sobretudo, os valores referentes à **moda**, que indicam que o número de dias de internamento mais repetido na amostra é de **três dias**, e à **mediana**, indicando que **50%** das pessoas entrevistadas apresentavam um período de permanência no internamento **até sete dias**.

Em relação aos **antecedentes de confusão aguda** importa referir, desde logo, a pouca fiabilidade dos dados obtidos, pelas seguintes razões: da análise do processo clínico, apenas havia acesso aos internamentos anteriores no Hospital em que foi realizada a colheita de dados (perdendo-se, assim, dados relativos a internamentos noutros contextos); os médicos assistentes não identificaram, em qualquer caso, a presença de diagnóstico de *delirium*; alguns registos de Enfermagem faziam referência a “confusão”, “desorientação” e “alteração da consciência”, sendo difícil clarificar se, efetivamente, se tratavam de casos de confusão aguda e/ou *delirium*; as equipas de Enfermagem não tinham, em qualquer dos casos analisados, conhecimento acerca de estados confusionais agudos prévios dos doentes; os dados obtidos a partir dos familiares eram, por vezes, inconsistentes, sendo que uns faziam referência a antecedentes de confusão aguda, enquanto outros apresentavam uma “opinião” diferente. Importa ainda referir que, como antecedentes de estado confusional agudo, foram apenas considerados os casos anteriores à admissão no internamento em que foi realizada a entrevista.

Após ressaltar aspetos tidos como importantes na análise desta variável, verifica-se que apenas **8,1%** das pessoas entrevistadas apresentavam **antecedentes de estados confusionais agudos** (Tabela 11). Houve ainda um caso em que não foi possível ter acesso a esse dado (por impossibilidade de consulta do processo clínico, visto que o doente teve alta clínica pouco tempo após a realização da entrevista de colheita de dados).

Tabela 11 - Estatística Descritiva: Tempo de Internamento e Antecedentes de Confusão Aguda

		%	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Desvio-Padrão
Tempo Internamento		—	11,49	3	7,00	1	88	12,83
Antec. Confusão Aguda	Sim	8,1	—	—	—	—	—	—
	Não	91,9	—	—	—	—	—	—

Quanto à **medicação prescrita**, desde logo importa perceber o número de medicamentos prescritos por doente. Assim, em média, a cada pessoa internada (participante no presente trabalho) eram administrados um total de **10,76** medicamentos, com um **desvio-padrão** de **3,50** medicamentos. O número mínimo de medicamentos administrados foi quatro, enquanto o máximo foi 19.

Tabela 12 - Estatística Descritiva: Medicação Prescrita

		N	%	Média	Mínimo	Máximo	Desvio-Padrão
Nº Medicamentos Prescritos		100	—	10,76	4	19	3,50
Med. Prescrita	Med. Anti-Infeciosos	100	53	—	—	—	—
	Med. SNC	100	97	—	—	—	—
	Med. Ap. Cardiovascular	100	81	—	—	—	—
	Med. Sangue	100	78	—	—	—	—
	Med. Ap. Respiratório	100	37	—	—	—	—
	Med. Ap. Digestivo	100	88	—	—	—	—
	Hormonas e Med. Doenças Endócrinas	100	46	—	—	—	—
	Corretivos Volemia e Alt. Eletrolíticas	100	47	—	—	—	—

Para além disso, é igualmente importante perceber qual é o **tipo de medicamentos** mais e menos prescrito, para utilização no tratamento das pessoas

integrantes da amostra. Assim destaca-se a prescrição dos **medicamentos para o Sistema Nervoso Central** (onde se inclui o Paracetamol) (**97% da amostra**), **medicamentos para o aparelho digestivo** (onde se inclui o Esomeprazol e a Metoclopramida) (**88% da amostra**) e os **medicamentos para o aparelho cardiovascular** (onde se inclui a Furosemida) (**81% da amostra**) (Tabela 12). Destaca-se ainda a reduzida prescrição dos medicamentos usados em afeções cutâneas (2% da amostra), dos medicamentos usados em afeções oculares (7% da amostra), dos medicamentos utilizados com fins de nutrição (8% da amostra) e dos medicamentos para o aparelho genitourinário (9% da amostra).

Acerca desta variável, importa referir que foi considerada toda a medicação constante na folha de prescrição farmacológica de cada participante, incluindo os medicamentos que se encontravam prescritos para administração apenas em SOS (que é frequente, por exemplo, no caso do Paracetamol).

6.1.3. Avaliação da Amostra com

Recurso a Instrumentos Psicométricos e Classificações

No que concerne aos valores do **MMSE** (Tabela 13), verifica-se que, não considerando o grau de escolaridade: ao nível da orientação, o **score** médio foi de 6,74; na retenção, o resultado médio foi de 2,89 (próximo do valor máximo - 3); ao nível da atenção e cálculo, o valor médio foi de 2,70 (igualmente próximo do valor máximo - 3); ao nível da evocação, o resultado médio foi de 1,58 (valor algo baixo); ao nível da linguagem, o resultado médio foi de 5,66 (sendo esta, porém, uma das subescalas mais influenciadas pelo nível de alfabetização); na habilidade construtiva, o resultado médio foi de 0,21 (próximo do valor mínimo - zero -, ainda que seja importante considerar a dificuldade de realização da tarefa, sobretudo em pessoas acamadas). Quanto ao **score total** no MMSE, o **valor médio** foi de **19,78**, ou seja, um valor que apenas exclui a presença de défice cognitivo em pessoas que não tenham qualquer nível de alfabetização.

A este nível, torna-se ainda relevante avaliar os resultados obtidos no MMSE tendo em consideração o grau de escolaridade dos participantes, de forma a avaliar a presença ou ausência de défice cognitivo na amostra. Assim, das 97 pessoas idosas entrevistadas (com dados que possibilitam esta análise, ou seja, conhecimento do número de anos de escolaridade), verificou-se que **49,5%** apresentavam **defíce cognitivo**, sendo que as restantes (**50,5%**) **não apresentavam qualquer défice** a este nível. Assim, verifica-se um **equilíbrio na amostra** entre os idosos com défice cognitivo presente e ausente.

Tabela 13 - Estatística Descritiva: MMSE

		N	%	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Orientação		100	_____	0	10	6,74	2,57
Retenção		100	_____	0	3	2,89	0,47
Atenção e Cálculo		100	_____	0	5	2,70	2,02
Evocação		100	_____	0	3	1,58	1,22
Linguagem		100	_____	1	8	5,66	1,53
Habilidade Construtiva		100	_____	0	1	0,21	0,41
MMSE Total		100	_____	1	30	19,78	6,63
MMSE Coorte	Déf. Cognitivo Presente	97	49,50	_____	_____	_____	_____
	Déf. Cognitivo Ausente	97	50,50	_____	_____	_____	_____

Quanto ao **delirium**, avaliado através do **CAM**, verifica-se que, de entre as pessoas entrevistadas, apenas **23,2%** apresentavam uma **mudança aguda no seu estado mental** (havendo uma pessoa em que não foi possível aferir este critério). Já ao nível do curso flutuante, apenas **6%** dos entrevistados apresentavam este critério alterado (**curso flutuante presente**). Relativamente à **desatenção**, a grande maioria dos entrevistados (**70%**), apresentava este critério **ausente** durante a entrevista. Quanto ao **pensamento desorganizado**, a significativa maioria das pessoas participantes no estudo (**75%**) apresentavam, igualmente, este critério **ausente** durante a entrevista. Finalmente, a **alteração do nível de consciência** foi um achado raro, tendo **92%** dos participantes um nível de consciência dentro dos parâmetros considerados normais (**alerta**).

No que concerne ao **método sensível** de pontuação do **CAM**, pode verificar-se (Tabela 14) que **8%** da amostra apresentava **delirium presente**, enquanto que, através do **método específico** de pontuação do CAM (Tabela 15), apenas **5,1%** dos entrevistados apresentava **delirium presente**. Nesta segunda forma de pontuação do instrumento, foi considerada uma amostra com apenas 99 pessoas, visto que, numa delas, não foi possível avaliar o critério “Início Agudo”, essencial para proceder à avaliação do **delirium** através dessa forma de pontuação do CAM.

Tabela 14 - Estatística Descritiva: CAM Método Sensível

	N	%
Delirium presente	8	8,0
Delirium ausente	92	92,0
Total	100	100,0

Tabela 15 - Estatística Descritiva: CAM Método Específico

	N	%	% Válida
<i>Delirium</i> presente	5	5,0	5,1
<i>Delirium</i> ausente	94	94,0	94,9
Total	99	99,0	100,0
<i>Missing</i>	1	1,0	—
Total	100	100,0	

Relativamente à **Escala de Confusão NeeCham** e às suas subescalas, verificam-se, desde logo, os seguintes resultados: na subescala **“Processamento”**, o *score* médio é de **12,65**; na subescala **“Comportamento”** o *score* médio é de **8,87**; na subescala **“Controlo Fisiológico”** o *score* médio é de **3,32** (valor bastante baixo, considerando o máximo - 6). Quanto à **totalidade do instrumento**, este apresenta um *score* médio de **24,84** (que se encontra dentro do resultado **“não confuso, mas com alto risco de confusão”**) (Tabela 16).

Tabela 16 - Estatística Descritiva: Escala de Confusão NeeCham

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão
Nível I - Processamento	100	7	14	12,65	1,83
Nível II - Comportamento	100	4	10	8,87	1,32
Nível III - Controlo Fisiológico	100	1	6	3,32	1,59
NeeCham - Total	100	13	30	24,84	3,94

Analisando os resultados mediante os pontos de Coorte, verifica-se que quase metade da amostra (44%) se encontrava **“não confusa ou com função normal”**. Ainda assim, importa ressaltar a percentagem elevada (30%) de pessoas com **confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão**, e a percentagem de pessoas com **confusão moderada a severa** (11%) (Tabela 17).

Tabela 17 - Estatística Descritiva: Resultados da Escala de Confusão NeeCham

	N	%
Confusão moderada a severa	11	11,0
Confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão	30	30,0
"Não confuso", mas com alto risco de confusão	15	15,0
"Não confuso", ou função normal	44	44,0
Total	100	100,0

Passando para a análise da presença ou ausência de **delirium**, segundo os critérios expressos no **DSM-IV-TR®** (APA, 2002), verifica-se que o critério mais encontrado na amostra foi a **alteração na cognição**, detetada em **45%** das pessoas entrevistadas. Por outro lado, o início agudo da alteração no estado mental e as flutuações da cognição foram a alteração menos detetada, estando apenas presentes em 10% da amostra.

Tomando por ponto de partida a assunção de que, para a realização do diagnóstico de **delirium**, teriam que estar **presentes os três principais critérios** preconizados pelo **DSM-IV-TR®** (APA, 2002), verificou-se que em apenas três casos (**3% da amostra**) foi detetada a **presença de delirium** (Tabela 18).

Tabela 18 - Estatística Descritiva: Critérios do DSM-IV-TR®

	N	%
Delirium Presente	3	3,0
Delirium Ausente	97	97,0
Total	100	100,0

Relativamente à **confusão aguda** avaliada segundo os **critérios da NANDA International®** (2010), não foi possível estabelecer (com segurança) pontos de Coorte para classificar a presença ou ausência de confusão aguda. Como tal, a análise realizada prendeu-se, totalmente, com a avaliação dos itens e da sua presença ou ausência na amostra.

Assim, verificou-se que as características indicadoras de confusão aguda mais encontradas na amostra foram o **défice de motivação para iniciar um comportamento dirigido para uma meta** (23%) e o **défice de motivação para manter um comportamento dirigido para uma meta** (17%) (Tabela 19). Por outro lado, alguns itens foram identificados poucas vezes na amostra, com destaque para as alucinações, que não foram identificadas em qualquer uma das pessoas entrevistadas.

Tabela 19 - Estatística Descritiva: Critérios da NANDA International®

	N	%
Agitação Presente	100	8,0
Défice de Motivação para Iniciar um Comportamento Dirigido para uma Meta	100	17,0
Défice de Motivação para Manter um Comportamento Dirigido para uma Meta	100	23,0
Flutuação da Cognição	100	8,0
Aumento da Inquietação	100	11,0

Na recolha de dados para o preenchimento dos itens indicadores de confusão aguda preconizados pela NANDA International (2010) foram encontradas diversas dificuldades, sobretudo porque grande parte deles necessitam, para que seja feita uma correta avaliação, de uma observação prolongada, o que não foi possível, considerando o período temporal em que o investigador se encontrava junto do doente (no máximo, 30 minutos). Assim, e ainda que seja possível comparar a resposta a estes itens e a presença ou ausência de *delirium* (mediante avaliação realizada pelo CAM), a extrapolação destes dados deve ser extremamente cuidada, vistas as limitações inerentes à sua recolha.

6.2. Propriedades Psicométricas do Algoritmo do CAM

Após serem conhecidos os resultados da estatística descritiva aplicada à amostra em estudo, como forma de tomar conhecimento mais aprofundado das suas características (sobretudo sociodemográficas e clínicas) torna-se fundamental apresentar os resultados decorrentes do processo de tradução e validação do CAM para a população portuguesa. Assim, no presente sub-capítulo, serão apresentados esses mesmos resultados, de modo a poder verificar-se quais são as propriedades psicométricas do CAM, e qual a sua aplicabilidade no contexto de Portugal.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 1 - Quais são as propriedades psicométricas apresentadas pelo CAM numa amostra portuguesa de pessoas idosas?

Relativamente ao processo de **tradução** do instrumento, o investigador principal realizou uma análise comparativa entre a versão original do CAM e a versão retrotraduzida, tendo-se verificado a **ausência de diferenças significativas entre as duas versões** (foi apenas detetado um número reduzido de diferenças de índole gramatical, prontamente corrigidas). Assim, essa mesma versão foi assumida como a versão final do CAM traduzido para português de Portugal (Anexo XIII). Importa, ainda assim, ressaltar que não foi possível cumprir o passo da aplicação do instrumento na versão inglesa e portuguesa junto de uma amostra de pessoas bilingues [preconizado por Fortin, Côté e Filion (2009)] já que, em Portugal, são poucas as pessoas que cumprem este critério havendo, portanto, um fator cultural impeditivo do total cumprimento do processo de tradução adotado.

Ainda que em trabalhos de tradução e validação de instrumentos psicométricos seja vulgar a realização da adaptação cultural dos mesmos, no presente caso não houve necessidade de o fazer, dado o consenso e a objetividade dos termos utilizados (contidos no CAM). No entanto, o CAM foi submetido a um

grupo de peritos, passo que possibilitou verificar a existência de consenso relativamente aos termos constituintes do instrumento.

Em relação ao processo de **validação de conteúdo do CAM**, de entre os peritos que aceitaram o convite para participar no mesmo, apenas dois deram resposta ao que havia sido requerido, tendo uma delas (enfermeira) dado um **feedback positivo**, sugerindo apenas a correção de termos no que concerne ao Manual de Instruções do CAM (que também foi traduzido para português e enviado ao grupo de peritos), enquanto o outro (psicólogo) deu **feedback positivo** relativamente à qualidade da tradução do CAM e do seu Manual de Instruções, salientando a importância, aquando do processo de validação do instrumento, da análise da concordância entre observadores. Importa sublinhar que, apesar de não ter sido cumprido o pressuposto da validação de conteúdo por um número mínimo de três peritos (Lynn, 1986, cit. por Fortin, Côté & Filion, 2009), considera-se a validação de conteúdo realizada, ainda que por um número reduzido de peritos (considerando, sobretudo, o carácter facultativo da mesma).

Passando então para a aferição das propriedades psicométricas do CAM, e começando pelo **método sensível** de pontuação do instrumento (critério um com o uso da especificação “ou”), foi realizada a análise de **sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e negativo, likelihood ratio positivo e negativo, e eficácia geral**; foi ainda aferida a prevalência de *delirium* de acordo com os resultados obtidos na aplicação do instrumento. Para tal, foi criada uma tabela de contingência 2x2 representativa dos achados do CAM quando comparados com o *gold standard* (Tabela 20).

Tabela 20 - Tabela de Contingência entre Estado de Doença Atual (DSM-IV-TR®) e Resultados do CAM (Método Sensível)

Resultados do Instrumento - CAM	Estado de Doença Atual (DSM-IV-TR®)	
	<i>Delirium</i> Presente	<i>Delirium</i> Ausente
<i>Delirium</i> Presente	2	6
<i>Delirium</i> Ausente	1	91

Aplicando a fórmula $\text{Sensibilidade} = \frac{\text{Verdadeiro Positivo}}{(\text{Verdadeiro Positivo} + \text{Falso Negativo})}$, verifica-se, neste método de pontuação do CAM, uma **sensibilidade de 0,67** (ou seja, 67% das pessoas idosas internadas que apresentam *delirium* presente, segundo os critérios do DSM-IV-TR®, são corretamente identificadas, com *delirium* presente, recorrendo a este método de pontuação do CAM). Quanto à **especificidade**, aplicando a fórmula $\text{Especificidade} = \frac{\text{Verdadeiro Negativo}}{(\text{Falso Positivo} + \text{Verdadeiro Negativo})}$, verifica-se um valor total de

0,94 (ou seja, 94% das pessoas idosas internadas que apresentam *delirium* ausente, segundo os critérios do DSM-IV-TR®, são corretamente identificadas com *delirium* ausente, recorrendo a este método de pontuação do CAM). Quanto à **prevalência de *delirium***, utilizando a fórmula $\text{Prevalência} = (\text{Verdadeiro Positivo} + \text{Falso Negativo}) / (\text{Verdadeiro Positivo} + \text{Falso Negativo} + \text{Falso Positivo} + \text{Verdadeiro Negativo})$, verifica-se um índice de prevalência de *delirium* de 0,03, ou seja, de **3%** (três em cada 100 pessoas apresentam *delirium* presente, de acordo com os critérios do DSM-IV-TR®).

Quanto ao **valor preditivo positivo**, utilizando a fórmula $\text{Verdadeiro Positivo} / (\text{Verdadeiro Positivo} + \text{Falso Positivo})$, obteve-se o valor total de **0,25**, significando que 25% das pessoas idosas internadas com resultados positivos (*delirium* presente) de acordo com o CAM (método sensível de pontuação) estão corretamente diagnosticadas (*delirium* presente segundo os critérios do DSM-IV-TR®). Ao nível do **valor preditivo negativo**, utilizando a fórmula $\text{Verdadeiro Negativo} / (\text{Falso Negativo} + \text{Verdadeiro Negativo})$, obteve-se o valor total de **0,99**, significando que 99% das pessoas idosas internadas com resultados negativos (*delirium* ausente) de acordo com o CAM (método sensível de pontuação), estão corretamente diagnosticadas (*delirium* ausente segundo os critérios do DSM-IV-TR®).

Quanto ao **likelihood ratio positivo**, recorrendo à fórmula $\text{Sensibilidade} / (1 - \text{Especificidade})$, obteve-se um resultado de **11,17**. Já o **likelihood ratio negativo**, recorrendo à fórmula $(1 - \text{Sensibilidade}) / \text{Especificidade}$, obteve um resultado de **0,35**. A **eficácia geral do instrumento**, usando a fórmula $(\text{Verdadeiro Positivo} + \text{Verdadeiro Negativo}) / (\text{Verdadeiro Positivo} + \text{Falso Positivo} + \text{Falso Negativo} + \text{Verdadeiro Negativo})$, é de **0,93** (93%) de diagnósticos corretos (concordância entre os diagnósticos do CAM e do DSM-IV-TR®).

Relativamente ao **método específico** de pontuação do CAM (critério um com o uso da especificação “e”), foram realizados os mesmos testes estatísticos a partir da análise de uma tabela de contingência 2x2 representativa dos achados do CAM quando comparados com o *gold standard* (Tabela 21).

Tabela 21 - Tabela de Contingência entre Estado de Doença Atual (DSM-IV-TR®) e Resultados do CAM (Método Específico)

Resultados do Instrumento - CAM	Estado de Doença Atual (DSM-IV-TR®)	
	<i>Delirium</i> Presente	<i>Delirium</i> Ausente
<i>Delirium</i> Presente	2	3
<i>Delirium</i> Ausente	1	93

Assim, e recorrendo às mesmas fórmulas matemáticas utilizadas para o cálculo das propriedades psicométricas do método sensível de pontuação do CAM, foram obtidos os seguintes resultados: **sensibilidade=0,67** (ou seja, 67% das pessoas idosas internadas que apresentam *delirium* presente, segundo os critérios do DSM-IV-TR®, são corretamente identificadas, com *delirium* presente, recorrendo a este método de pontuação do CAM); **especificidade=0,97** (ou seja, 97% das pessoas idosas internadas que apresentam *delirium* ausente, segundo os critérios do DSM-IV-TR®, são corretamente identificadas com *delirium* ausente, recorrendo a este método de pontuação do CAM).

Quanto às restantes propriedades psicométricas, os resultados obtidos foram os seguintes: **valor preditivo positivo=0,40** (isto é, 40% das pessoas idosas internadas com *delirium* presente, de acordo com o CAM - método específico - estão corretamente diagnosticadas - *delirium* presente segundo os critérios do DSM-IV-TR®); **valor preditivo negativo=0,99** (ou seja, 99% das pessoas idosas internadas com *delirium* ausente, de acordo com o CAM - método específico - estão corretamente diagnosticadas - *delirium* ausente segundo os critérios do DSM-IV-TR®); **likelihood ratio positivo=22,33**; **likelihood ratio negativo=0,34**; **eficácia geral=0,96** (96%) de diagnósticos corretos (concordância entre os diagnósticos do CAM e do DSM-IV-TR®). Relativamente a esta segunda forma de aplicação da escala, a amostra em estudo é de 99 pessoas, e não de 100.

Finalmente, e realizando a análise da **concordância entre observadores** (nas duas versões de aplicação do CAM), verifica-se, no caso do **método sensível** de pontuação do instrumento, uma concordância muito boa (**k=1,000**), havendo resultados iguais aquando da aplicação do instrumento, simultaneamente, por dois observadores diferentes (Tabela 22). Quanto ao **método específico** de pontuação do CAM, não foi possível realizar a análise do valor de *k*, visto que as variáveis representativas dos resultados obtidos pelos dois observadores são constantes (verificando-se 20 casos de *delirium* ausente e nenhum caso de *delirium* presente). De qualquer forma, estes resultados acabam por ser positivos, visto que não existem diferenças, em termos de cotação final do instrumento, entre as observações realizadas pelo investigador e pelo observador independente, sendo assim notória uma **concordância perfeita**.

Tabela 22 - Concordância Entre Observadores (CAM Método Sensível)

	Valor	p
k	1,000	0,0001
N	20	—

Relativamente à relação entre o CAM e a Escala de Confusão NeeCham (instrumento selecionado para efeitos de **validação convergente**), dada a impossibilidade de realizar correlações (visto que o *score* resultante da aplicação do CAM resulta numa variável nominal), optou-se pela realização de um **teste de diferenças**. Ainda que se verifique a ausência de normalidade das variáveis em estudo, optou-se pela realização de testes de diferenças paramétricos (testes *t* de Student) considerando, tal como já fora anteriormente referido, que $N > 30$.

Assim, procedeu-se à realização de testes de diferenças entre o CAM (no método sensível e no método específico de pontuação) e a Escala de Confusão NeeCham (itens, subescalas e escala total). Ao nível dos resultados, relativamente à comparação entre o **método sensível** de pontuação do CAM e a Escala de Confusão NeeCham, verifica-se que apenas **não se registaram diferenças estatísticas significativas** entre os resultados das pessoas com *delirium* presente ou ausente nos itens “Processamento - Atenção” ($p > 0,05$), “Estabilidade das Funções Vitais” ($p > 0,05$) e “Estabilidade da Saturação de Oxigénio” ($p > 0,05$) da Escala de Confusão NeeCham. Assim, **para todos os restantes itens**, subescalas e Escala de Confusão NeeCham (*score* total), **verificam-se diferenças estatísticas significativas**, com a existência de piores resultados, a todos os níveis, na Escala de Confusão NeeCham, quando existe *delirium* presente, decorrente da avaliação através do método sensível de pontuação do CAM. Destaca-se, pela importância da comparação entre as cotações globais dos instrumentos, o resultado do teste de diferenças entre o CAM e o *score* total da Escala de Confusão NeeCham ($t(98) = -4,98$; $p = 0,0001$) (Tabela 23).

Tabela 23 - Teste de Diferenças entre o CAM (Método Sensível) e o *Score* Total da Escala de Confusão NeeCham

	Teste de Levene				
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	gl	<i>p</i>
Variâncias semelhantes	1,34	0,25	-4,98	98	0,0001
Variâncias não semelhantes	—	—	-6,44	9,41	0,0001

Já relativamente ao **método específico** de pontuação do CAM, quando comparado com a Escala de Confusão NeeCham, apenas **não se registaram diferenças estatísticas significativas** entre os resultados das pessoas com *delirium* presente ou ausente nos itens “Processamento - Atenção” ($p > 0,05$), “Processamento - Ordem” ($p > 0,05$) e “Estabilidade das Funções Vitais” ($p > 0,05$) da Escala de Confusão NeeCham. Para **todos os restantes itens**, subescalas e

Escala de Confusão NeeCham (*score* total), **verificam-se diferenças estatísticas**, com a existência de piores resultados, a todos os níveis, na Escala de Confusão NeeCham, quando existe *delirium* presente, decorrente da avaliação através do método específico de pontuação do CAM. Pela importância da comparação entre as cotações globais dos instrumentos, destaca-se o resultado do **teste de diferenças** entre o CAM e o **score total da Escala de Confusão NeeCham** ($t(97)=-4,02$; $p=0,0001$) (Tabela 24), verificando-se, ainda assim, que são maiores as diferenças de resultados, na Escala de Confusão NeeCham, entre pessoas com *delirium* presente ou ausente avaliadas pelo método sensível de pontuação do CAM, do que pelo método específico de pontuação do instrumento. Importa ainda ressaltar, embora esse não seja um dos objetivos do presente trabalho, que a Escala de Confusão NeeCham apresenta uma boa consistência interna (α Cronbach=0,81), mostrando ser um instrumento válido para a avaliação da confusão aguda nas pessoas idosas internadas (mediante avaliação realizada no presente estudo).

Tabela 24 - Teste de Diferenças entre o CAM (Método Específico) e o *Score* Total da Escala de Confusão NeeCham

	Teste de Levene				
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Variâncias semelhantes	2,13	0,15	-4,02	97	0,0001
Variâncias não semelhantes	—	—	-6,34	5,27	0,001

Ainda assim, e apesar da existência de diferenças estatísticas significativas, pela análise dos instrumentos (recorrendo à estatística descritiva), estes parecem não poder ser utilizados de forma intercambiável. Assim, enquanto o **método sensível** de pontuação do CAM identificou, na amostra, **8,0%** de pessoas com *delirium* presente, a **Escala de Confusão NeeCham** identificou **41%** de pessoas com níveis de **confusão** variando entre “início de desenvolvimento de confusão” até “confusão severa”. Comparando com o **método específico** de pontuação do CAM, a diferença torna-se ainda superior, visto que este método de pontuação do instrumento identificou, somente, **5,1%** de pessoas com *delirium* presente.

Através da realização de uma comparação entre os resultados obtidos no CAM e na Escala de Confusão NeeCham, com recurso a tabelas de contingência (Tabela 25), verifica-se que, no caso do método sensível de pontuação do CAM, cinco das pessoas identificadas com *delirium* presente apresentavam confusão moderada a severa (na avaliação pela Escala de Confusão NeeCham) e três apresentavam

confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão. Já o método específico de pontuação do CAM identifica com *delirium* presente quatro pessoas com confusão moderada a severa e uma pessoa com confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão. Através desta análise pode constatar-se que, tendencialmente, o CAM (principalmente no método específico de pontuação) identifica a presença de *delirium* apenas nas pessoas que apresentam níveis elevados de confusão aguda (mediante avaliação pela Escala de Confusão NeeCham). Ainda assim, nem todas as pessoas com confusão aguda moderada a severa (11% da amostra) são identificadas, com *delirium* presente, pelo método específico de pontuação do CAM (5,1% da amostra), nem pelo seu método sensível de pontuação (8,0%), denotando que os instrumentos, apesar de avaliarem conceitos similares (com diferenças estatísticas significativas no *score* total da Escala de Confusão NeeCham aquando da presença ou ausência de *delirium*, mediante avaliação com o CAM), não devem ser utilizados de forma intercambiável.

Tabela 25 - Cruzamento entre o Algoritmo do CAM e a Escala de Confusão NeeCham (Pontos de Coorte)

		CAM (Met. Sensível)		CAM (Met. Específico)	
		<i>Delirium</i> Presente	<i>Delirium</i> Ausente	<i>Delirium</i> Presente	<i>Delirium</i> Ausente
Escala de Confusão NeeCham	Confusão Moderada a Severa	5	6	4	6
	Confusão Ligeira ou Início de Desenvolvimento	3	27	1	29
	Não Confuso mas com Alto Risco de Confusão	0	15	0	15
	Não confuso	0	44	0	44

Embora não concorram para a validação do CAM (à exceção da comparação entre o CAM e os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR® - **validade concorrente**) importa, igualmente, apresentar resultados que resultam da comparação entre o CAM e o MMSE, critérios de diagnóstico da NANDA International®, e critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR®. Assim, desde logo, verifica-se a existência de **diferenças estatísticas significativas** entre o *score* (défice cognitivo presente ou ausente) no **MMSE** de pessoas que apresentam *delirium* presente e de pessoas que apresentam *delirium* ausente, mediante avaliação com o **método sensível** de pontuação do CAM ($X^2=8,90$; gl=1; p=0,003), e mediante avaliação com o **método**

específico de pontuação do **CAM** ($X^2=5,38$; gl=1; $p=0,027$) (Tabela 26) verificando-se, contudo, uma associação mais forte no caso de avaliação através do método sensível de pontuação ($\phi=0,30$; $p=0,003$) do que no caso da avaliação através do método específico de pontuação ($\phi=0,24$; $p=0,02$).

Tabela 26 - Teste de Associação entre o CAM e o MMSE

	CAM (Versão Sensível)			CAM (Versão Específica)		
	Valor	gl	p	Valor	gl	p
X^2	8,90	1	0,003	5,38	1	0,027
N	97			97		

Comparando os métodos sensível e específico de pontuação do **CAM** com os critérios de diagnóstico de *delirium* do **DSM-IV-TR**[®], verificam-se diferenças estatísticas significativas entre a presença ou ausência de *delirium* e a presença ou ausência dos critérios “perturbação da consciência” (método sensível: $X^2=20,73$; gl=1; $p=0,0001$; método específico: $X^2=15,84$; gl=1; $p=0,002$), “período temporal e curso flutuante” (método sensível: $X^2=7,31$; gl=1; $p=0,031$; método específico: $X^2=14,44$; gl=1; $p=0,007$), e a presença ou ausência de *delirium* avaliada pelos critérios do **DSM-IV-TR**[®] (método sensível: $X^2=14,46$; gl=1; $p=0,016$; método específico: $X^2=24,49$; gl=1; $p=0,006$) (Tabela 27), resultados que sugerem a existência de **validade concorrente** entre ambos os métodos de pontuação do **CAM** e os critérios de diagnóstico de *delirium* do **DSM-IV-TR**[®]. Em todos os casos se verifica que a ausência dos critérios referidos concorre para a ausência de *delirium*. Verifica-se ainda que a maioria dos casos avaliados como “*delirium* presente” segundo os critérios do **DSM-IV-TR**[®], são também de *delirium* presente mediante a avaliação com recurso ao CAM.

Tabela 27 - Teste de Associação entre o CAM e os Critérios do **DSM-IV-TR**[®]

	CAM (Versão Sensível)				CAM (Versão Específica)			
	Valor	gl	p	Sig. Exata	Valor	gl	p	Sig. Exata
X^2	14,46	1	0,0001	—	24,49	1	0,0001	—
Teste Exato de Fisher	—	—	—	0,016	—	—	—	0,006
N	100				99			

Finalmente, comparando o método sensível de pontuação do **CAM** com os critérios de diagnóstico de confusão aguda da **NANDA International**[®], verificam-

se **diferenças estatísticas significativas** entre a presença ou ausência de *delirium* e a presença ou ausência dos critérios “**agitação**” ($X^2=20,84$; gl=1; $p=0,001$), “**flutuação da atividade psicomotora**” ($X^2=23,47$; gl=1; $p=0,006$), “**flutuação da cognição**” ($X^2=53,04$; gl=1; $p=0,0001$), “**aumento da inquietação**” ($X^2=13,51$; gl=1; $p=0,005$), e “**percepções erróneas**” ($X^2=9,99$; gl=1; $p=0,031$). Usando o método específico de pontuação do CAM, verificam-se **diferenças estatísticas** entre a presença ou ausência de *delirium* e a presença ou ausência dos critérios “**flutuação da cognição**” ($X^2=59,90$; gl=1; $p=0,0001$), e “**percepções erróneas**” ($X^2=17,56$; gl=1; $p=0,012$). Em todos os casos se verifica que a presença dos critérios da NANDA International® para confusão aguda concorre para o *score* “*delirium* presente” (mediante avaliação com o CAM).

Em suma, e de forma a dar resposta à questão de investigação apresentada no início do presente sub-capítulo importa referir que, ao formular essa mesma questão, aquando da definição da metodologia do presente trabalho, existiam duas ideias subjacentes: avaliar as propriedades psicométricas do CAM, de modo a verificar se este se trata de um instrumento com fidelidade e validade para a avaliação do *delirium* e/ou confusão aguda; perceber se o CAM, para além de ser um instrumento aplicável para a avaliação do *delirium* (ou seja, para avaliar a entidade nosológica para a qual foi, originalmente, criado) (Inouye et al., 1990) poderia também avaliar a confusão aguda (diagnóstico de Enfermagem).

Ao nível da avaliação das propriedades psicométricas do CAM, não foi seguido um modelo habitual de avaliação das propriedades ao nível da fidelidade e validade do instrumento, optando-se por seguir os modelos utilizados nos trabalhos de construção e validação do CAM (bem como do seu algoritmo). Para além disso, e pelo facto de os resultados obtidos no CAM corresponderem a uma variável nominal, sendo o instrumento composto por variáveis com diferentes níveis de mensuração, tornou-se extremamente complexa a realização de alguns testes psicométricos tipicamente utilizados na validação de instrumentos psicométricos, como a avaliação da consistência interna (através do *a* de Cronbach) ou a realização de análise fatorial, sendo que este tipo de testes estatísticos não integra, igualmente, o conjunto de propriedades psicométricas usualmente avaliadas nos estudos de criação e de validação do CAM.

Quanto à avaliação da fidelidade, apenas foi realizada a análise do grau de concordância entre observadores. A reprodutibilidade não foi avaliado pelo facto de, segundo a APA (2002), o *delirium* se tratar de uma perturbação que se desenvolve num curto período de tempo (de horas a dias). Considerando este facto, os achados encontrados numa segunda avaliação das pessoas internadas poderiam apresentar diferenças relacionadas com a alteração da situação

patológica, e não com o défice de estabilidade do instrumento. Finalmente, a consistência interna não foi avaliada pelas razões acima descritas.

Relativamente à avaliação da validade, foi realizada validação de conteúdo (validade por consensos) por um grupo de peritos (ainda que só se tenham obtido respostas efetivas por parte de dois peritos), ainda que esta validação não tenha que ser realizada, necessariamente, em trabalhos de validação (visto que é já realizada aquando da construção do instrumento na sua versão original). Ainda assim, os dois peritos incluídos neste trabalho de validação referiram acreditar que os atributos incluídos no CAM são uma amostra representativa do que se pretende medir, ou seja, do *delirium*. A validade de critério não foi avaliada por comparação com outro instrumento psicométrico de avaliação do *delirium*, mas pode considerar-se a realização de validação concorrente do CAM em comparação com os critérios de avaliação do *delirium* do DSM-IV-TR® (APA, 2002), com resultados que indicam a existência de associação ($p < 0,05$). A validade de constructo foi avaliada através do recurso à validação convergente (comparando o CAM com a Escala de Confusão NeeCham - que embora não medindo o mesmo constructo, procura medir um constructo semelhante, estando já validada para a população portuguesa). Não foi realizada análise fatorial nem avaliação da consistência interna pelos motivos já anteriormente referidos.

Assim, as principais propriedades psicométricas a avaliar foram as seguintes: sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo e valor preditivo negativo. A isto, juntou-se ainda a avaliação dos *likelihood ratios* positivo e negativo, bem como a eficácia geral da escala. Avaliou-se ainda a prevalência do *delirium* na população em estudo, sendo este um dado mais epidemiológico do que, propriamente, relacionado com a validação do instrumento. Dos resultados relativos a estes parâmetros destacam-se os seguintes: **ambas as versões de aplicação do CAM apresentam bons níveis de sensibilidade, e níveis muito bons de especificidade**, sendo de destacar os níveis de especificidade do método específico de pontuação do CAM, que atinge valores próximos da excelência; **ambas as versões de aplicação do CAM apresentam valores preditivos negativos próximos da excelência, mas os valores preditivos positivos são somente razoáveis**, sendo que, no caso do método sensível de pontuação do CAM, os valores preditivos negativos são até algo pobres.

Quanto à validação de constructo do CAM, ainda que exista, efetivamente, validade convergente entre este e a Escala de Confusão NeeCham, verificou-se que **o CAM avalia o *delirium*, enquanto que a Escala de Confusão NeeCham avalia a confusão aguda**, sendo esta uma entidade nosológica mais alargada (maior número de casos identificados). Assim, ainda que haja convergência nos

resultados obtidos pela aplicação dos dois instrumentos, estes **não devem ser utilizados de forma intercambiável**. Como tal, conclui-se que o **CAM** se trata de um instrumento **psicométrico que, pelas suas propriedades métricas, permite a avaliação de *delirium* na população portuguesa** (em particular, nas pessoas idosas), mas não deve ser utilizado para avaliação da confusão aguda já que, geralmente, apenas permite identificar os casos mais graves desta condição (sendo que, em alguns casos, acaba até por não identificar alguns casos de confusão aguda moderada a severa).

6.3. Análise Descritiva e Correlacional

A investigação dá a possibilidade de proceder ao estabelecimento de relações entre variáveis, permitindo circunscrever o fenómeno estudado (Fortin, Côté & Filion, 2009). De modo a avaliar essa relação, é importante o recurso a testes, métodos e meios que permitam, eventualmente, sugerir a presença dessas relações.

Assim, e de modo a perceber a existência ou ausência de relações entre as variáveis em estudo, o presente sub-capítulo será dedicado à apresentação das relações entre essas mesmas variáveis, obtidas através do recurso à **estatística inferencial**, de forma a dar resposta às restantes questões de investigação elaboradas aquando da definição metodológica do presente estudo.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 2

- a) Qual é a relação existente entre o *delirium* e as caraterísticas sociodemográficas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?
- b) Qual é a relação existente entre a confusão aguda e as caraterísticas sociodemográficas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?

Para proceder a esta análise, e porque o presente trabalho se dedica aos instrumentos psicométricos, a análise realizada foi entre as **caraterísticas sociodemográficas** e os resultados obtidos no **CAM** (avaliação do *delirium*), e entre as caraterísticas sociodemográficas e os resultados obtidos na **Escala de Confusão NeeCham** (avaliação da confusão aguda). Como caraterísticas sociodemográficas foram consideradas as seguintes: género, idade, estado civil, e escolaridade.

Começando pelo género, verifica-se que, tanto no caso da avaliação realizada pelo **método sensível** de pontuação do CAM como no caso da avaliação pelo

método específico de pontuação não existem diferenças estatísticas na presença ou ausência de *delirium* de acordo com o **género** ($X^2=0,003$; gl=1; p=1,00 no primeiro caso; $X^2=0,15$; gl=1; p=1,00 no segundo caso). Quanto à idade, mais uma vez, **não se registaram diferenças estatísticas** entre as idades dos participantes com *delirium* presente ou ausente em **qualquer um dos métodos de pontuação** do CAM (método sensível: $t(98)=0,54$; p=0,59; método específico: $t(97)=0,61$; p=0,54). Quanto ao **estado civil**, também **não se verificaram diferenças estatísticas** a este nível de acordo com a presença ou ausência de *delirium* em **qualquer um dos métodos de pontuação** do CAM ($X^2=3,07$; gl=3; p=0,38 no caso do método sensível de pontuação do CAM; $X^2=1,62$; gl=3; p=0,66 no caso do método específico de pontuação do CAM). Ao nível da **escolaridade**, **não se registaram diferenças estatísticas** entre os anos de escolaridade dos participantes com *delirium* presente ou ausente (**método sensível**: $t(95)=-1,96$; p=0,053; **método específico**: $t(95)=-1,44$; p=0,15), ainda que, no caso do método sensível de pontuação do CAM, seja notório que as pessoas com *delirium* presente apresentam, ainda que ligeiramente, um menor número de anos de escolaridade (porém, o resultado não é estatisticamente significativo) (Tabela 28).

Tabela 28 - Estatística Inferencial entre o CAM e as Caraterísticas Sociodemográficas

	CAM (Mét. Sensível)				CAM (Mét. Específico)			
	X^2	p	t	p	X^2	p	t	p
Género	0,003	1,00	—	—	0,15	1,00	—	—
Idade	—	—	0,54	0,59	—	—	0,61	0,54
Estado Civil	3,07	0,38	—	—	1,62	0,66	—	—
Escolaridade	—	—	-1,96	0,053	—	—	-1,44	0,15

Quanto à comparação entre as variáveis sociodemográficas e a confusão aguda verifica-se, desde logo, que **não se registaram diferenças estatísticas** entre os níveis de **confusão aguda** de participantes do **sexo feminino e masculino** ($t(98)=0,19$; p=0,85). Comparando a **idade** e a **confusão aguda**, verifica-se a existência de uma **correlação moderada negativa bastante significativa** (a 1%), sugerindo que com o **aumento da idade** os valores da Escala de Confusão NeeCham diminuem, ou seja, **mais confusa se encontra a pessoa** ($r=-0,41$; N=100; p=0,0001). Quanto ao **estado civil**, **não se verificaram diferenças estatísticas** entre os níveis de **confusão aguda** de participantes solteiros, casados, divorciados

e viúvos ($F(3, 95)=1,57$; $p=0,20$). Finalmente, verifica-se que a **correlação** entre o número de anos de **escolaridade** e a **confusão aguda** (avaliada pela Escala de Confusão NeeCham) **não é significativa** ($r=0,18$; $N=97$; $p=0,081$) (Tabela 29).

Tabela 29 - Estatística Inferencial entre a Escala de Confusão NeeCham e as Caraterísticas Sociodemográficas

	Escala de Confusão NeeCham					
	<i>r</i>	p	<i>F</i>	p	<i>t</i>	p
Género	—	—	—	—	0,19	0,85
Idade	-0,41	0,0001	—	—	—	—
Estado Civil	—	—	1,57	0,20	—	—
Escolaridade	0,18	0,081	—	—	—	—

Em jeito de conclusão, e dando resposta à questão de investigação colocada, não existe evidência de qualquer relação entre o *delirium* e as caraterísticas sociodemográficas das pessoas idosas internadas. Porém, parece existir uma correlação negativa entre a idade dos idosos internados e os resultados da Escala de Confusão NeeCham (portanto, relação de proporcionalidade direta entre a idade e a confusão aguda). Ainda assim, não foram verificadas mais relações entre as caraterísticas sociodemográficas e a confusão aguda.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO 3

- Qual é a relação existente entre o *delirium* e as caraterísticas clínicas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?
- Qual é a relação existente entre a confusão aguda e as caraterísticas clínicas das pessoas idosas internadas, no contexto de Portugal?

A análise realizada será semelhante à utilizada para dar resposta à segunda questão de investigação, procurando obter correspondência entre as caraterísticas clínicas e o *delirium* (avaliado pelo CAM), e entre as caraterísticas clínicas e a confusão aguda (avaliada pela Escala de Confusão NeeCham).

Começando por analisar a ligação entre as variáveis clínicas e o CAM, verifica-se que não existem diferenças estatísticas entre a presença ou ausência de *delirium* quando comparamos os diversos serviços de internamento, tanto no método sensível de pontuação do CAM ($X^2=0,89$; $gl=4$; $p=0,93$) como no método

específico de pontuação ($X^2=2,73$; $gl=4$; $p=0,60$). Relativamente à variável “patologia principal”, existem diferenças estatísticas significativas entre ter ou não ter *delirium* e ter ou não ter doença do aparelho circulatório (no caso do método específico de pontuação do CAM) ($X^2=5,66$; $gl=1$; $p=0,047$) apesar de a associação existente ser fraca ($\phi=0,24$; $p=0,017$). Quanto à variável “tempo de internamento”, também não se registaram diferenças estatísticas entre o tempo de internamento de participantes com *delirium* presente ou ausente em qualquer um dos métodos de pontuação do CAM (método sensível: $t(98)=0,49$; $p=0,63$; método específico: $t(97)=0,62$; $p=0,54$). Relativamente aos antecedentes de confusão aguda (e embora esta avaliação seja bastante limitada, por razões já apresentadas anteriormente), não existem, igualmente, diferenças estatísticas entre a presença ou ausência de *delirium* e a presença ou ausência de antecedentes de confusão aguda (no método sensível de pontuação - $X^2=3,35$; $gl=1$; $p=0,125$ -, e no método específico de pontuação - $X^2=1,31$; $gl=1$; $p=0,315$). Quanto ao número de medicamentos prescritos verifica-se, novamente, a ausência de diferenças estatísticas entre o número de medicamentos prescritos de pessoas com *delirium* presente e ausente (em ambos os métodos de pontuação do CAM) (método sensível: $t(98)=-0,75$; $p=0,46$; método específico: $t(97)=0,70$; $p=0,49$) (Tabela 30; Tabela 31). Relativamente à tipologia da medicação prescrita, também não existem diferenças estatísticas significativas entre a presença ou ausência de *delirium* em pessoas com prescrição de medicamentos de determinados grupos farmacológicos.

Tabela 30 - Estatística Inferencial entre o CAM (Método Sensível)
e as Caraterísticas Clínicas

	CAM (Mét. Sensível)					
	X^2	p	ϕ	p	t	p
Serviço Int.	0,89	0,93	—	—	—	—
Doença Aparelho Circulatório	1,93	0,17	—	—	—	—
Tempo Int.	—	—	—	—	0,49	0,63
Ant. Confusão Aguda	3,35	0,13	—	—	—	—
Nº Med.	—	—	—	—	-0,75	0,46

**Tabela 31 - Estatística Inferencial entre o CAM (Método Específico)
e as Caraterísticas Clínicas**

	CAM (Mét. Específico)					
	χ^2	p	ϕ	p	t	p
Serviço Int.	2,73	0,60	—	—	—	—
Doença Aparelho Circulatório	5,66	0,047	0,24	0,017	—	—
Tempo Int.	—	—	—	—	0,62	0,54
Ant. Confusão Aguda	1,31	0,32	—	—	—	—
Nº Med.	—	—	—	—	0,70	0,49

Passando à análise da relação entre as caraterísticas clínicas e a confusão aguda, verifica-se que **não existem diferenças estatísticas nos scores da Escala de Confusão NeeCham** entre pessoas internadas nos diversos **serviços de internamento** ($F(4, 95)=1,14$; $p=0,34$). Relativamente à variável “**patologia principal**”, **existem diferenças estatísticas significativas** ao nível dos **scores** na **Escala de Confusão NeeCham** em pessoas com **doença do aparelho genitourinário** presente ou ausente, verificando-se **maiores índices de confusão aguda** em pessoas com doença do aparelho genitourinário ($t(98)=-2,86$; $p=0,005$). No que concerne ao **tempo de internamento**, verifica-se que a **correlação** entre esta variável e a **confusão aguda** (avaliada pela Escala de Confusão NeeCham) **não é significativa** ($r=-0,043$; $N=100$; $p=0,67$). Quanto aos **antecedentes de confusão aguda**, mais uma vez, verifica-se uma **ausência de diferenças estatísticas nos scores** obtidos na **Escala de Confusão NeeCham** entre as pessoas com antecedentes de confusão aguda presentes ou ausentes ($t(97)=-1,35$; $p=0,18$).

Relativamente ao **número de medicamentos prescritos**, verifica-se que a **correlação** entre esta variável e a **confusão aguda** (avaliada pela Escala de Confusão NeeCham) **não é significativa** ($r=-0,19$; $N=100$; $p=0,061$). Finalmente, quanto à **tipologia da medicação prescrita**, verifica-se a **existência de diferenças estatísticas significativas** no **score** da **Escala de Confusão NeeCham** de acordo com a presença ou ausência de prescrição de **medicamentos para o aparelho respiratório** ($t(98)=-2,26$; $p=0,026$), para o **aparelho locomotor**

($t(98)=2,24$; $p=0,027$), ligados à nutrição ($t(98)=-2,68$; $p=0,009$) e corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas ($t(98)=-2,26$; $p=0,026$) (Tabela 32). No caso dos medicamentos para o aparelho respiratório, ligados à nutrição e corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas, verificam-se níveis superiores de confusão aguda em pessoas que tomam estes medicamentos; no caso dos medicamentos para o aparelho locomotor, verifica-se a situação inversa.

Tabela 32 - Estatística Inferencial entre a Escala de Confusão NeeCham e as Características Clínicas

	Escala de Confusão NeeCham					
	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
Serviço Int.	1,14	0,34	—	—	—	—
Doença Aparelho Genitourinário	—	—	-2,86	0,005	—	—
Tempo Int.	—	—	—	—	-0,043	0,67
Ant. Confusão Aguda	—	—	-1,35	0,18	—	—
Nº Med.	—	—	—	—	-0,19	0,061
Med. Ap. Respiratório	—	—	-2,26	0,026	—	—
Med. Ap. Locomotor	—	—	2,24	0,027	—	—
Med. Nutrição	—	—	-2,68	0,009	—	—
Corretivos da Volemia e das Alt. Eletrolíticas	—	—	-2,26	0,026	—	—

Em jeito de conclusão, e procurando dar resposta à questão de investigação colocada, a análise estatística realizada sugere que a única característica clínica que apresenta relação com a presença ou ausência de **delirium** (mediante avaliação através do método específico de pontuação do CAM) nas pessoas idosas internadas é a **patologia que está na origem do episódio de internamento**, especificamente, a presença ou ausência de **patologia do aparelho circulatório**. No caso da **confusão aguda**, verifica-se que esta se relaciona com a **patologia que está na origem do episódio de internamento** (sendo particularmente influenciada pela presença ou ausência de **patologia do aparelho geniturinário**), e com a **medicação prescrita** (particularmente com a presença ou ausência de prescrição de medicamentos para o aparelho respiratório ou locomotor, ligados à nutrição, ou corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas).

7. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a realização da análise dos dados, importa valorar o seu significado, ou seja, perceber quais são as informações que deles podem ser retiradas, e até que ponto estes vão de encontro ao referencial teórico acerca do tema em estudo.

Para além desta ligação entre a abordagem teórica e empírica, importa ainda perceber as ligações existentes entre os dados obtidos e aqueles que são observados em outros estudos. Finalmente, torna-se ainda essencial perceber até que ponto os resultados obtidos podem ser úteis em diferentes contextos, analisando as dificuldades encontradas ao longo do percurso e as limitações que podem ser associadas ao estudo realizado.

7.1. Tradução e Validação do CAM

No capítulo destinado à discussão dos resultados obtidos importa, desde logo, começar por analisar os dados que são, *per si*, o cerne do presente trabalho, ou seja, os aspetos relativos ao estudo metodológico realizado. Assim, desde logo, será apresentada uma reflexão crítica acerca dos passos seguidos no processo de tradução e validação do CAM, bem como acerca das suas propriedades psicométricas.

Quanto à **metodologia de tradução** adotada, esta vai de encontro àquela que foi utilizada na tradução do CAM para holandês, francês e português do Brasil (tradução e retrotradução) (Wei et al., 2008). Relativamente ao trabalho de validação propriamente dito, este foi realizado utilizando como **gold standard** os critérios preconizados pela APA (2002), no **DSM-IV-TR®**, para o diagnóstico de **delirium**, tal como havia sido realizado nos **trabalhos de validação para a versão finlandesa, canadiana, portuguesa do Brasil e espanhola** do CAM (Wei et al., 2008). Ao nível da entrevista para preenchimento do CAM (aplicação de teste cognitivo) optou-se pela utilização do **MMSE**, por ser o teste cognitivo mais utilizado em Portugal e por ser aquele que a autora do instrumento utilizou aquando do estudo de construção e validação do mesmo (Inouye et al., 1990) ainda que esta sugira, atualmente (Inouye, 2003), a utilização, por exemplo, do **Mini-Cog Test** e do **Digit Span Test**. Para efeitos de validação, e ainda que tenha sido realizada uma tradução do instrumento na sua versão integral, optou-se pela

validação apenas do **algoritmo do CAM**, pelo facto de se pretender apenas dispor de um instrumento que permitisse a avaliação do *delirium* e/ou confusão aguda, algo que não era otimizado pela validação da versão integral do CAM, já que os restantes itens não apresentam utilidade para efeitos de cotação do instrumento, ainda que alguns autores (Wei et al., 2008) refiram que, para propósitos de investigação (não tanto de validação do instrumento), é aconselhável a utilização da versão completa do CAM, como forma de maximizar a sensibilidade para deteção de *delirium*.

Analisando as propriedades métricas do CAM importa, desde logo, comparar os resultados obtidos com aqueles que foram apresentados em outros estudos de validação. Assim, e utilizando os critérios de análise de qualidade dos estudos de validação realizados, preconizados por Wei et al. (2008), optou-se por realizar a comparação dos resultados psicométricos obtidos com aqueles que foram apresentados nos três únicos estudos de validação do CAM com classificação de qualidade igual ou superior a 4.0 (numa escala de 0 a 5) (Inouye et al., 1990; Laurila et al., 2002; González et al., 2004). Para além disso, e devido à proximidade linguística (e até, em alguns aspetos, cultural) optou-se por integrar, igualmente, o estudo de validação para português do Brasil (Fabbri et al., 2001), apesar da sua classificação algo negativa em termos de qualidade (Wei et al., 2008).

Ainda que a autora do instrumento (Inouye, 2003) refira que o CAM deve ser utilizado no seu método sensível de pontuação, visto que este pretende ser utilizado como instrumento de rastreio, e não tanto de diagnóstico, **todos os estudos de validação realizados optaram pela utilização do método específico de pontuação do CAM**, pelo que a comparação realizada teve em consideração, somente, os resultados obtidos neste método de pontuação do instrumento (Tabela 33). Em jeito de comentário, e de modo a tentar clarificar a aparente incongruência entre os estudos realizados e a forma como a autora principal do instrumento, mais recentemente (Inouye, 2003), aconselha a sua utilização, importa salientar o seguinte: no estudo de validação inicial do CAM e do seu algoritmo (Inouye et al., 1990), o instrumento foi desenhado com o critério um “início agudo e curso flutuante”; no entanto, verificou-se a dificuldade em avaliar este parâmetro numa entrevista breve, junto da pessoa entrevistada, pelo que se optou pela alteração do critério um para “início agudo ou curso flutuante”, como forma de **aumentar a sensibilidade do instrumento** (detetar todos os casos de possível *delirium*) ainda que este perdesse alguma especificidade. Porém, em estudos de validação *a posteriori*, os autores tiveram sempre a preocupação de seguir os mesmos passos e a mesma metodologia (dentro do possível) do estudo de

criação do CAM, pelo que utilizaram sempre o método específico de pontuação do seu algoritmo (ou seja, o equivalente à versão inicial do algoritmo do CAM).

Tabela 33 - Comparação das Propriedades Psicométricas do CAM em Diferentes Estudos

	Estudo Atual	Inouye et al., 1990	González et al., 2004	Laurila et al., 2002	Fabbri et al., 2001
Sensibilidade	67%	94-100%	90%	81-86%	94,1%
Especificidade	97%	90-95%	100%	63-84%	96,4%
Valor preditivo positivo	40%	91-94%	100%	24-76%	84,2%
Valor preditivo negativo	99%	90-100%	97%	87-96%	98,8%
Likelihood ratio positivo	22,3	9,4-20,0	_____	5,06	_____
Likelihood ratio negativo	0,34	_____	_____	0,23	_____
Concordância entre observadores (k)	_____	0,81	0,89	_____	0,70

Começando por analisar a **sensibilidade**, verifica-se que os resultados obtidos (67%) são **bastante inferiores aos dos outros estudos de validação**, o que pode ser explicado pela forma de avaliação dos itens. Assim, enquanto que na avaliação das pessoas internadas através do CAM apenas se considerou como “curso flutuante” as alterações comportamentais verificadas durante a entrevista (item dificilmente cotável como positivo numa entrevista breve), na avaliação pelo DSM-IV-TR® foi tida em consideração a opinião dos enfermeiros acerca do comportamento do doente durante o tempo de internamento. Por outro lado, enquanto no CAM as alterações da cognição não apresentam outro tipo de especificação, no DSM-IV-TR® apenas são consideradas aquelas que não sejam melhor explicadas por uma demência pré-existente ou em evolução. Finalmente, no DSM-IV-TR® os itens ligados à atenção e à consciência são cotados em conjunto, apenas se considerando uma alteração no caso de se verificarem défices em ambos.

Quanto à **especificidade**, os resultados obtidos são bastante positivos, e **dentro da média dos restantes estudos**, destacando-se aqui, pela negativa, o trabalho de validação realizado por Laurila et al. (2002), ainda que este estudo tenha sido alvo de diversas críticas, sobretudo por não referir o teste cognitivo utilizado para colher os dados necessários ao preenchimento do CAM, por não

referir as técnicas específicas utilizadas para a tradução do instrumento, por não referir o treino prévio realizado para a aplicação do CAM, e por não discutir os resultados falsos positivos e falsos negativos encontrados (Jackson & Ely, 2003).

Quanto ao **valor preditivo positivo**, os resultados obtidos foram **bastante negativos**, apenas equiparáveis aos do estudo realizado por Laurila et al. (2002), sendo este facto justificável pelas razões já anteriormente descritas. Em relação aos **valores preditivos negativos**, os resultados obtidos foram muito positivos (99%), e ao **nível do obtido nos outros estudos de validação**. Quanto ao **likelihood ratio positivo**, este foi **muito bom**, e indicativo de que uma pessoa que tem, efetivamente, *delirium* presente tem 22,3 vezes mais probabilidade de apresentar *delirium* presente mediante avaliação com o CAM. Quanto ao **likelihood ratio negativo**, o resultado foi igualmente positivo, estando **ao nível do obtido no estudo realizado por Laurila et al. (2002)**. Finalmente, no presente estudo apenas foi possível analisar a **concordância entre observadores** (valor de k) no método sensível de pontuação do CAM ($k = 1,00$) mas, mesmo considerando a impossibilidade de avaliação no método específico de pontuação (pelo facto de as variáveis serem constantes), verifica-se uma **total concordância (100%)** entre o resultado final obtido pelos dois observadores, estando este resultado **de acordo (sendo até ligeiramente superior) com os apresentados em outros estudos de validação**.

Quanto à relação entre o CAM e a Escala de Confusão NeeCham verificou-se a presença de diferenças estatísticas significativas nos resultados apresentados na Escala de Confusão NeeCham em pessoas com *delirium* presente, relativamente às pessoas com *delirium* ausente (mediante avaliação com o CAM), tanto fazendo a comparação com o método sensível de pontuação do CAM, como fazendo a comparação com o método específico de pontuação ($p < 0,05$ em ambos os casos). Nos achados obtidos é ainda possível perceber que a deteção de *delirium* é muito mais frequente nos casos mais graves de confusão aguda, indo de encontro ao que é defendido por alguns autores, que consideram o *delirium* como um estágio terminal de confusão, um subtipo mais grave (Rapp, 2001, cit. por Marques, 2012). Face a estes resultados parece ser possível afirmar que o CAM avalia, igualmente, estados de confusão aguda. No entanto, e tal como é descrito pela literatura (IVANRC, cit. por Rapp et al., 2000), o **conceito de confusão aguda é mais amplo do que o conceito de *delirium***, pelo que todas as pessoas identificadas pelo CAM com *delirium* presente são também identificadas pela Escala de Confusão NeeCham com confusão aguda presente. Porém, o contrário não se verifica, o que vem reforçar a ideia de que a **utilização dos instrumentos não deve ser**

realizada de forma intercambiável, devendo estes ser aplicados de acordo com cada caso concreto.

Analizando os **resultados falsos negativos**, verifica-se que **em ambos os métodos de pontuação do CAM existe um caso falso negativo**. Em ambos os casos trata-se de uma pessoa de idade avançada (90 anos), internada num serviço de Medicina Interna, com uma patologia do aparelho genitourinário (total ausência de doença mental diagnosticada). Trata-se de um doente com défice cognitivo, segundo avaliação do MMSE, mas sem qualquer síndrome demencial diagnosticada; apresenta ainda confusão ligeira ou início de desenvolvimento de confusão segundo avaliação através da Escala de Confusão NeeCham. Apresenta *delirium* presente segundo os critérios do DSM-IV-TR®, mas *delirium* ausente segundo o CAM. Este resultado falso negativo deve-se ao facto de, aquando da avaliação através do CAM, se considerar a opinião do enfermeiro acerca do critério “início agudo”, enquanto que na aplicação do DSM-IV-TR® foi ouvida a opinião da família. Para além disso, no preenchimento do CAM entendeu-se por curso flutuante apenas as flutuações que ocorressem durante a entrevista, enquanto no preenchimento dos critérios do DSM-IV-TR® foi ouvida a opinião do enfermeiro acerca do que se passou no período de internamento. Finalmente, na aplicação dos critérios do DSM-IV-TR® considerou-se que a desorientação espacial concorreria para a “perturbação da consciência”, na medida em que a classificação utilizada refere, acerca deste item, que essa “perturbação da consciência” inclui a redução da clareza da consciência em relação ao ambiente (APA, 2002). Na avaliação da atenção do doente, as especificações apresentadas pelo DSM-IV-TR® e pelo CAM são, igualmente diferentes, pelo que o critério de avaliação não foi totalmente igual. Assim, verifica-se que importa, aquando da utilização destes critérios, tentar uniformizar os dados que concorrem para a sua presença ou ausência, de forma a evitar enviesamentos da avaliação.

Quanto ao **resultados falsos positivos**, foram encontrados **seis casos no método sensível de pontuação do CAM**, e **três casos no método específico de pontuação**. Nos três resultados falsos positivos do método específico de pontuação do CAM (comuns ao método sensível), existem dois casos em que, novamente, as diferentes fontes de obtenção de informação (enfermeiro ou família) e as diferenças nos critérios de avaliação dos itens, levam a resultados díspares. No outro caso, trata-se de um doente com demência mista sendo que, tal como referido na literatura, o diagnóstico de *delirium* sobreposto a uma demência pré-existente é um problema particularmente complexo de diferenciar (Inouye et al., 1990). Quanto aos restantes três resultados falsos positivos no método sensível de pontuação do CAM, tratam-se, em dois casos, de pessoas com

demência previamente diagnosticada (reforçando a problemática do diagnóstico de *delirium* em pessoas com síndrome demencial). No outro caso, o resultado falso positivo deve-se ao facto de o DSM-IV-TR®, contrariamente ao método sensível de pontuação do CAM, avaliar a consciência e a atenção em conjunto, bem como o início agudo e o curso flutuante, igualmente de forma conjunta (enquanto que a avaliação pelo CAM se verifica em separado).

Finalmente, e comparando o **método sensível de pontuação do CAM** (aquele que a autora afirma dever ser utilizado) (Inouye, 2003) com o **gold standard** verifica-se que este último apenas identifica **três casos de *delirium***, ao contrário do CAM, que identifica **oito casos** (ainda que se verifique a existência de **validade concorrente**). Tal facto faz com que se possa sugerir que a utilização do instrumento deve dar-se para fins de **rastreio**, mas o **diagnóstico deve ser confirmado pela aplicação dos critérios do DSM-IV-TR®** (Laurila et al., 2002), preferencialmente por um médico, visto que o *delirium* se trata de um diagnóstico médico. Ainda assim, os enfermeiros podem utilizar este instrumento e, a partir dos resultados obtidos, alertar o médico para esses mesmos resultados, considerando que o *delirium* se trata de uma emergência médica.

Em jeito de conclusão, importa ainda ressaltar que, contrariamente ao que refere a autora (Inouye, 2003), a versão do CAM em que o critério um “início agudo e curso flutuante” é avaliado em separado não apresenta, no presente estudo, uma maior sensibilidade, apresentando exatamente os mesmos valores de sensibilidade comparativamente com a versão do CAM em que se realiza a avaliação conjunta desse mesmo critério. Assim, e considerando as restantes propriedades psicométricas da versão do CAM em que o critério um é avaliado com a especificação “e” (melhor especificidade, melhor valor preditivo positivo, e igual valor preditivo negativo) poderia aconselhar-se, preferencialmente, a utilização desta forma de aplicação do instrumento. Porém, se o objetivo for a aplicação do CAM com fins de rastreio (o que deverá acontecer para os profissionais de Enfermagem, em que a realização do diagnóstico de *delirium* não se encontra nas suas funções profissionais) será mais útil a utilização da versão do algoritmo do CAM com a especificação “ou” no critério um.

7.2. Análise Descritiva-Correlacional

Relativamente à discussão dos resultados obtidos no estudo descritivo-correlacional verifica-se, desde logo, que no que concerne à **prevalência do *delirium***, o fenómeno foi observado em **3% das pessoas entrevistadas**, de acordo com o **gold standard**. Porém, foi identificada a **presença de *delirium* em 8% das**

peças entrevistadas, no caso do **método sensível** de pontuação do CAM (mais utilizado para fins de rastreio), e em **5,1% dos entrevistados**, no caso do **método específico** de pontuação do instrumento (mais utilizado para fins de diagnóstico). Estes números, em todos os casos, são inferiores aos que são apresentados pela APA (2002), que refere índices de prevalência de *delirium*, em pessoas internadas com mais de 65 anos, de cerca de 10% no momento da admissão, e 10% a 15% de casos de desenvolvimento de *delirium* durante a hospitalização. Em outros estudos, verificaram-se índices de prevalência de *delirium* na ordem dos 37,8% (em idosos, num serviço de Traumatologia) (Torres-Pérez et al., 2010), 10% (em pessoas com AVC recente, independentemente da idade) (Dahl, Rønning & Thommessen, 2010), 19,4% (em idosos, num serviço de Medicina Interna) (Tobar et al., 2010), 36% (em serviços de Medicina Interna e Cirurgia, independentemente da idade) (Speed et al., 2007), e 28% (em idosos, numa Unidade de Agudos de Geriatria) (Faezah, Zhang & Yin, 2008). Acima de tudo, os estudos revelam que os índices de prevalência de *delirium* variam de acordo com a população em estudo, sendo este mais frequente nos idosos, em pessoas com défice cognitivo pré-existente, com patologia médico-cirúrgica (insuficiência renal, fratura do colo do fémur, etc.), e em pessoas admitidas em Unidades de Cuidados Intensivos (Mattoo, Grover & Gupta, 2010). Assim, e pelo facto de alguns dos fatores de risco referidos (sobretudo o internamento numa UCI) surgirem de forma pouca relevante no estudo realizado, torna-se compreensível que os índices de prevalência de *delirium* detetados sejam algo inferiores àqueles que são apontados pela literatura.

Quanto aos fatores que podem influenciar o fenómeno (*delirium*), os resultados sugerem que **as características sociodemográficas não revelam uma associação significativa com o *delirium*** (avaliado pelo CAM) em pessoas idosas internadas. No entanto, um dos fatores (em específico, a idade), tem uma relação inversamente proporcional com a confusão aguda avaliada pela Escala de Confusão NeeCham, ou seja, **a idades superiores correspondem scores inferiores na escala**, indo de encontro aos resultados obtidos aquando do estudo de validação do instrumento para a população portuguesa (Neves, 2008). No entanto, esse mesmo estudo refere que a confusão aguda tem também relação com a escolaridade (desta feita, de proporcionalidade direta) sendo que, no presente trabalho, ainda que se verifique uma correlação positiva, esta não é estatisticamente significativa.

Quanto às características clínicas, verifica-se a existência de relação entre a presença ou ausência de patologia do aparelho circulatório e a presença ou ausência de *delirium* (mediante avaliação com o método específico de pontuação

do CAM), sendo mais frequente a presença de *delirium* em pessoas que apresentem, como motivo de admissão ao internamento, patologia do aparelho circulatório (o que pode ser explicável pelo facto de, neste grupo, se incluírem os casos de AVC e de Insuficiência Cardíaca Congestiva, que levam a uma menor oxigenação cerebral e, conseqüentemente, maior risco de *delirium*) (Neves, 2008). Este dado vai de encontro ao que é referido na literatura, que considera o *delirium* como uma complicação *major* em pessoas idosas que tenham tido, recentemente, um AVC (situação bastante frequente na amostra em estudo), sendo mesmo verificada uma prevalência de *delirium* em 10% das pessoas idosas no período pós-AVC (Sheng et al., 2006; Dahl, Rønning & Thommessen, 2010).

Relativamente à **confusão aguda**, verifica-se que os seus níveis são **superiores** (mediante avaliação através da Escala de Confusão NeeCham) em pessoas com **patologia do aparelho genitourinário** (potencialmente explicável pela libertação de toxinas urémicas e desequilíbrios eletrolíticos que podem ocorrer, por exemplo, em casos de insuficiência renal), e que se encontrem a tomar **medicamentos para o aparelho respiratório** (note-se que a confusão aguda é muito vulgar em casos de infeção respiratória), **ligados à nutrição** (explicável pela relação entre as carências vitamínicas e a confusão aguda), e **corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas** (explicável pela relação entre os desequilíbrios eletrolíticos e a confusão aguda) (Phipps, Sands & Marek, 2003). Por outro lado, verifica-se a **presença de níveis inferiores de confusão aguda** em pessoas que se encontram a tomar **medicamentos para o aparelho locomotor** (tratando-se estes, frequentemente, de anti-inflamatórios não esteróides).

Estes dados vêm, em certa medida (ainda que com algumas reservas, sobretudo devido ao reduzido número de casos avaliados na UCI), contrapor os resultados obtidos no estudo de tradução e validação da Escala de Confusão NeeCham para Portugal (Neves, 2008), que sugere a existência de um maior número de casos de confusão aguda dependendo do serviço de internamento (com maior prevalência na UCI e, sobretudo, na Medicina Interna e Neurologia). Esse mesmo estudo (Ibidem) refere que há relação entre a **confusão aguda** e a patologia diagnosticada, mas aponta para uma maior prevalência nos casos de doenças do aparelho respiratório ou circulatório, não estabelecendo qualquer ligação com a **patologia do aparelho genitourinário**.

Ainda assim, existem estudos que vão de encontro aos achados obtidos no presente trabalho. Assim, desde logo, verifica-se a existência de evidência que aponta para a ligação entre a confusão aguda e a insuficiência renal (patologia frequente na amostra estudada, e integrante do grupo “patologia do aparelho genitourinário”), quer por consequência da eventual realização de hemodiálise,

quer pela medicação prescrita para a patologia (Sousa, 2008). Relativamente à ligação entre a confusão aguda e os medicamentos para o aparelho respiratório existem estudos (Takeuchi et al., 2005) que fazem referência a uma prevalência de 10% de casos de confusão aguda em pessoas com patologia respiratória (habitualmente, aquelas que tomam medicamentos para esse efeito), sendo ainda ressalvada a relação entre a confusão aguda e a hipóxia (frequente em casos, por exemplo, de insuficiência respiratória). Quanto à ligação entre a confusão aguda e os medicamentos com fins nutritivos, existem diversos estudos que relacionam a confusão aguda, por exemplo, com os défices de Vitamina B12 (Lerner & Kanevsky, 2002), apresentando a Vitamina B1 como tendo efeitos positivos no seu tratamento (Mayo-Smith et al., 2004). Na literatura, está igualmente bem analisada a relação entre a confusão aguda e a desidratação (condição muito frequente nos idosos internados e para a qual são, frequentemente, prescritos corretores da volemia e das alterações hidroeletrolíticas), sendo especificado que a desidratação é um fator predisponente de confusão aguda, sobretudo nos idosos (Popkin, D'Anci & Rosenberg, 2010). Finalmente, e ainda que não se consiga ainda comprovar a eficácia dos anti-inflamatórios na prevenção do *delirium*, existem estudos que corroboram os achados obtidos no presente trabalho, referindo que a acetilcolina (neurotransmissor), que está fortemente implicada na patogénese dos casos de confusão aguda, pode ser um ponto central tanto para a inflamação como para os estados confusionais agudos, pelo que a toma de medicamentos anti-inflamatórios pode funcionar como uma medida preventiva dos mesmos (Tabet & Howard, 2009).

Os resultados obtidos no presente estudo acabam ainda por, de certa forma, contrapor os estudos anteriores em que se verificavam relações entre o *delirium* e algumas características sociodemográficas e clínicas. Assim, a título de exemplo, existem trabalhos que sugerem a relação entre um conjunto de características sociodemográficas e clínicas e a ocorrência de *delirium* (ainda que, algumas delas, não tenham sido avaliadas no presente estudo): **défice cognitivo** (Feldman et al., 1999; Chávez-Delgado et al., 2007; O'Mahony et al., 2011); **idade mais avançada**; (Chávez-Delgado et al., 2007); **residência anterior em lar de idosos**; **demência** (Vazquez et al., 2010); **piores resultados ao nível da avaliação das atividades de vida diária**; **maior mortalidade hospitalar**; **maior período temporal de internamento** (Feldman et al., 1999; Vazquez et al., 2010); **maior número de complicações durante o internamento** (Feldman et al., 1999); **mau estado nutricional**; **polifarmácia** (Feldman et al., 1999; O'Mahony et al., 2011); **desidratação e obstipação**; **hipóxia**; **processo infeccioso ativo**; **imobilidade ou**

mobilidade limitada; dor; déficit sensorial; distúrbios do sono (O'Mahony et al., 2011).

7.3. Limitações do Estudo

Após terem sido seguidos os passos ligados à investigação, importa perceber as limitações do presente trabalho, ou seja, quais as suas fragilidades e quais os aspetos que limitam a validade externa do mesmo. Assim, desde logo, e porque este se tratou de um estudo transversal (portanto, com uma única observação da pessoa idosa internada), é provável que os níveis de prevalência de *delirium* apresentados possam não corresponder, totalmente, à realidade, já que esta entidade nosológica apresenta um curso flutuante (APA, 2002). Como tal, para efeitos de estudos de incidência e prevalência, recomenda-se a colheita de dados em vários períodos do dia (em diversas avaliações do mesmo doente), de forma a identificar, por um lado, um maior número de casos de *delirium* (portanto, com resultados mais realistas), e por outro lado quais os períodos do dia em que é mais frequente a sua manifestação.

No caso das pessoas internadas em serviços de Cirurgia e Ortopedia, houve o cuidado de realizar as entrevistas em período de pós-operatório, sendo esse o período em que o *delirium* mais vulgarmente se manifesta (Mangnall, Gallagher & Stein-Parbury, 2011). No entanto, e pela relativa dificuldade em atingir uma amostra mínima de 100 idosos internados, foram realizadas algumas entrevistas (ainda que em número bastante diminuto) a pessoas em período pré-operatório, sendo menor a probabilidade, nestes casos, de ocorrência de *delirium*.

Outra limitação importante do presente estudo foi a ausência de outro instrumento psicométrico, traduzido e validado para a população portuguesa, que avaliasse o *delirium* (e que pudesse ser utilizado para validação concorrente com o CAM), tendo que se recorrer a uma escala (Escala de Confusão NeeCham) que avalia um fenómeno semelhante (confusão aguda), mas não exatamente igual (portanto, para validação convergente), e aos critérios preconizados pela APA (2002) para avaliação do *delirium*, através do DSM-IV-TR®, para realização de validação concorrente.

Em termos metodológicos, a maior limitação do presente estudo estará, certamente, relacionada com o curto período temporal disponível (em termos académicos) para a conclusão do mesmo. Caso essa limitação não existisse, o *gold standard* para avaliação do *delirium* poderia ter sido os critérios do DSM-IV-TR®, mas mediante avaliação por um médico psiquiatra ou por um perito em questões ligadas ao *delirium* (numa avaliação cega relativamente àquela que havia sido

realizada pelo investigador através do CAM, e com elevada proximidade temporal relativamente a essa mesma avaliação) acreditando-se, *a priori*, que a avaliação por diferentes observadores permite atender a maiores desafios no que concerne à comparabilidade dos resultados.

Ainda que o algoritmo do CAM seja a única parte do instrumento com interesse para o rastreio de *delirium*, com propriedades psicométricas ao nível da versão integral do instrumento (Inouye et al., 1990), tratando-se de um trabalho de investigação, poderia ter sido realizada a colheita de dados utilizando a versão integral do instrumento. Dessa forma, poderiam ser estabelecidas relações entre os restantes itens e a presença ou ausência de *delirium*, podendo mesmo verificar-se que alguns dos itens que não integram o algoritmo do CAM apresentam maior potencialidade na identificação de casos de *delirium* do que outros que se encontram no algoritmo do CAM.

Para efeitos de validação, e porque os casos de *delirium* identificados (visto tratar-se de uma avaliação breve, sem conhecimento prévio dos doentes) foram reduzidos, seria importante que a amostra em estudo fosse de maiores dimensões. Seria ainda importante que a avaliação da concordância entre observadores fosse realizada junto de uma amostra mais significativa (em termos numéricos) na medida em que, por exemplo, não foi possível avaliar o valor *k* do método específico de pontuação do CAM devido à ausência de casos em que tivesse sido identificada a presença de *delirium*.

Quanto à patologia mental, o número de doentes avaliados com problemas a este nível foi reduzido. Assim, e ainda que tenha sido possível a avaliação de algumas pessoas com síndromes depressivas e, sobretudo, demenciais, foi extremamente reduzido o número de avaliações realizadas em pessoas com distúrbios mentais como, por exemplo, a psicose. Como tal, não foi possível avaliar o desempenho do CAM na avaliação de pessoas com diagnósticos deste tipo (nem em pessoas com combinações de patologias mentais), ainda que se saiba que o instrumento foi, originalmente, desenhado para ser utilizado, sobretudo, em serviços médicos e cirúrgicos, onde estes tipo de patologias não é muito frequente (Inouye et al., 1990). Considerando a amostra selecionada, com idades superiores a 65 anos, não fica também comprovada a eficácia da aplicação do CAM em pessoas mais jovens (ainda que o *delirium* tenha índices de incidência e prevalência muito superiores nos idosos).

Finalmente, o facto de os resultados do CAM se exprimirem sob a forma de variáveis nominais impossibilitou a utilização de testes paramétricos de associação com outras variáveis, ainda que tenha sido possível a realização de testes de associação (não paramétricos) e de diferenças (paramétricos). É ainda notória a

dificuldade de comparação dos *scores* totais do CAM com, por exemplo, os critérios do DSM-IV-TR® (APA, 2002) e da NANDA International® (NANDA International, 2010), visto que estas duas classificações não estabelecem qual o número de critérios que devem estar presentes para se assumir o diagnóstico (no caso do DSM-IV-TR®, assumiu-se a necessidade de presença de todos os critérios). Quanto à avaliação do *delirium*, optou-se por uma avaliação geral do mesmo, em diversos contextos. No entanto, existem teorias que apontam para a existência de características diferentes em cada forma de *delirium*, pelo que poderia ter-se optado apenas pela validação do CAM para uma determinada forma de *delirium* (por exemplo, *delirium* no período pós-operatório).

8. CONCLUSÕES

O *delirium* é um problema extremamente grave e comum que afeta, sobretudo, os idosos, estando associado com maiores taxas de mortalidade, maior duração dos períodos de internamento, maiores custos para os sistemas de saúde, maiores taxas de institucionalização, e diminuição da independência funcional (Wei et al., 2008). Assim, o *delirium*, definido como um distúrbio agudo ao nível cognitivo e da atenção, trata-se de um grave problema para os idosos internados, podendo atingir taxas de incidência na ordem dos 25% a 60%, e taxas de mortalidade a variar entre os 25% e os 33% (Inouye et al., 1990).

Considerando que o *delirium*, ainda que extremamente frequente, acaba por, em diversas ocasiões, não ser identificado (havendo estudos que apontam para números na ordem dos 76% de casos de *delirium* não diagnosticados) (Han et al., 2009), importa estudar os instrumentos psicométricos que permitam o seu rastreio e/ou diagnóstico numa breve avaliação junto da unidade da pessoa internada (Wong et al., 2010). Nesse sentido, foram estudadas as propriedades psicométricas do CAM, aquando da sua aplicação em idosos internados em Portugal.

Analisando os resultados obtidos, verifica-se que o **CAM é um instrumento com uma boa sensibilidade, muito boa especificidade, eficaz, confiável, e simples de utilizar para a identificação do *delirium***, podendo ser preenchido em cerca de **um a dois minutos** (no caso de se tratar de um utilizador com treino na aplicação do instrumento), mediante realização prévia de uma **avaliação cognitiva formal** com uma duração de cerca de 10 a 20 minutos (consoante a pessoa entrevistada apresente défices cognitivos presentes ou ausentes). O CAM apresenta resultados que sugerem **concomitância com os critérios do DSM-IV-TR® para avaliação do *delirium***, e **convergência** com os obtidos pela **Escala de Confusão NeeCham**, mas não se trata de um instrumento indicado para a avaliação da confusão aguda, mas antes do *delirium* (ainda que, em todos os casos de *delirium* identificados, exista também confusão aguda; no entanto, o contrário não se verifica).

Ainda assim, o **CAM pode não ser muito adequado nos casos em que exista patologia mental presente**, como a demência, já que os resultados obtidos podem não corresponder à realidade. Para além disso, **o CAM deve ser utilizado**,

somente, como instrumento de rastreio (*screening*), já que este não substitui a realização de outros testes cognitivos formais e da entrevista clínica (sobretudo psiquiátrica) para a formulação do diagnóstico. Aconselha-se a utilização do instrumento, sobretudo em casos em que se acompanhe a pessoa internada há já algum tempo, por forma a ter dados mais concretos para preencher o critério um (início agudo e curso flutuante), evitando possíveis enviesamentos.

Por outro lado, verifica-se a **associação entre a patologia do aparelho circulatório e o *delirium*** (mediante avaliação com o método específico de pontuação do CAM), sendo mais frequente a presença de *delirium* em pessoas que apresentem este tipo de patologia. Existe ainda **associação (relação direta) entre a idade e a confusão aguda**, e entre a patologia do aparelho genitourinário e a **confusão aguda**, assim como **associação (relação direta) entre a confusão aguda e a toma de medicamentos para o aparelho respiratório**, medicamentos com fins nutritivos, e corretivos da volemia e das alterações eletrolíticas. Finalmente, verifica-se uma **relação inversa entre a confusão aguda e a toma de medicamentos para o aparelho locomotor**. Quanto à **Escala de Confusão NeeCham**, apesar de esta não ser o alvo do presente estudo, **aconselha-se a sua utilização para o rastreio de confusão aguda**.

Para efeitos de investigação futura, podem ser dadas algumas sugestões. Desde logo, será importante realizar mais estudos com o CAM (em particular com a versão integral do instrumento), de forma a verificar se este se trata, efetivamente, de um instrumento com boas propriedades psicométricas para ser aplicado na população portuguesa. Importa ainda realizar mais estudos em que se relacione o *delirium* com as características sociodemográficas e clínicas, já que o estudo realizado apresenta dados algo discrepantes relativamente aos que são referidos na literatura, que aponta para a existência de relações significativas a esse nível. Além disso, importa realizar estudos com o CAM junto de amostras significativas de pessoas com patologia mental, de forma a aferir se este se trata de um instrumento que pode ser utilizado em pessoas com doença mental, e para perceber em que tipo de patologia mental o CAM é passível de ser aplicado.

A autora principal do instrumento refere, atualmente, a hipótese de cotar o mesmo, numa escala global de zero a sete; nesse sentido, seria importante validar estas cotações, de forma a que o instrumento possa avaliar, para além da presença ou ausência de *delirium*, também os seus graus de gravidade/severidade (relacionando esses *scores* com os resultados de *delirium* presente ou ausente). Seria ainda relevante a realização de estudos utilizando o CAM em populações mais jovens, de modo a verificar se este tem propriedades psicométricas que permitam a sua utilização não apenas junto das pessoas idosas internadas.

9. CONTRIBUIÇÃO DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM

O término do presente trabalho de investigação teria que incidir, necessariamente, na relevância que este pode ter para a Enfermagem, tanto no que concerne à sua vertente mais académica como para a sua vertente clínica. A necessidade desta referência deve-se ao facto de se assumir que a realização de um trabalho académico deve sempre ter nas suas bases a obtenção de ganhos (resultados objetivos) para a disciplina em estudo (neste caso, para a Enfermagem, e em particular para a Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria).

Desde logo, importa ressaltar que a realização de um trabalho acerca de um diagnóstico de Enfermagem (confusão aguda) que se verifica, mais frequentemente, em contextos médico-cirúrgicos se deve à crença na importância de descentralizar a Saúde Mental do contexto psiquiátrico, e de incorporá-la em contextos em que a patologia mental se encontra, regra geral, ausente. Ainda assim, e observando o trabalho realizado, a ideia que pode subsistir é que este se trata de um trabalho médico, visto que roda em torno de um diagnóstico médico (o *delirium*).

Porém, o presente trabalho sempre teve, nas suas bases, os potenciais contributos que poderia trazer à Enfermagem. Assim, e embora o *delirium* se trate de um diagnóstico médico, existe um diagnóstico de Enfermagem (confusão aguda) que se apresenta com extrema frequência ainda que, muitas vezes, seja utilizado de forma incorreta (utilizando-se os conceitos “confusão”, “desorientação” e “perturbação da memória” de forma intercambiável) (Sampaio, Sequeira e Sá, 2010). Para a avaliação desse mesmo diagnóstico, existia apenas um instrumento psicométrico (Escala de Confusão NeeCham) traduzido e validado para a população portuguesa (Neves, 2008), sendo que esse instrumento não parecia satisfatório (decorrente da experiência clínica) para a avaliação da confusão aguda, por exemplo, em pessoas com patologia demencial. Nesse sentido, e considerando a opinião de alguns autores, que consideram o termo “confusão” extremamente amplo e pouco específico (tal como também se pode verificar através da definição apresentada, em 2011, pelo ICN, que não estabelece sequer a diferença entre confusão aguda e crónica), procurou-se validar um instrumento mais específico (que avalia o *delirium*), e amplamente utilizado a nível mundial (o CAM ou, neste caso, o seu algoritmo).

Concluído o trabalho, e ainda que, contrariamente, à Escala de Confusão NeeCham, o CAM não tenha sido desenhado por enfermeiros e para enfermeiros, torna-se possível utilizar mais um instrumento de rastreio em Portugal. Ainda que não se tenha verificado a sua capacidade para identificar tantos casos de confusão aguda como a Escala de Confusão NeeCham (até porque esta foi desenhada para isso mesmo, sendo a confusão aguda um conceito mais amplo do que o *delirium*), o CAM surge como um instrumento que permite aos profissionais rastrear casos em que o *delirium* está presente (e, como tal, a confusão aguda também está) permitindo, por um lado, a identificação do diagnóstico de Enfermagem “confusão aguda”, e por outro referir ao médico a possível presença de *delirium* (a confirmar pelo médico assistente, através de entrevista clínica e da utilização de outras medidas formais de rastreio cognitivo) que, no caso de estar efetivamente presente, necessita de intervenção urgente, por se tratar de uma emergência médica.

Por outro lado, e considerando que a Escala de Confusão NeeCham, por contemplar os aspetos ligados ao controlo fisiológico (subescala com uma baixa consistência interna em diversos estudos de validação realizados) (Neves, 2008), realiza um conjunto de avaliações indicativas de confusão aguda presente que podem não corresponder, totalmente, à realidade, o CAM surge, igualmente, como um instrumento em que esta questão é eliminada, visto que não são avaliados os parâmetros fisiológicos. Não obstante, o CAM pode não ser capaz de identificar todos os casos de confusão aguda, algo em que a Escala de Confusão NeeCham parece ser mais eficaz.

Em termos académicos, o CAM afigura-se como mais um instrumento psicométrico de avaliação (sobretudo do *delirium*) que, mediante trabalhos de validação com menores limitações (e com clara necessidade de um maior período temporal para a sua realização), pode constituir uma importante ferramenta para auxiliar os enfermeiros e os estudantes de Enfermagem na identificação de casos (sobretudo de maior gravidade) de estados confusionais agudos.

Em jeito de conclusão, é essencial referir a **importância do conhecimento acerca do CAM para a disciplina de Enfermagem, fundamentalmente no contexto da Saúde Mental, não especificamente para a sua utilização, mas como contributo para uma maior literacia dos enfermeiros no que concerne à utilização adequada de instrumentos psicométricos e à análise da confusão aguda e do *delirium*.**

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAMIS, Dimitrios [et al.] - Delirium Scales: A Review of Current Evidence. *Aging & Mental Health*. Vol. 14, nº 5 (jul. 2010), p. 543-555. [Consult. 18 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=126&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1360-7863.

ALZHEIMER PORTUGAL - *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho Preparatório para a Conferência "Doença de Alzheimer: Que Políticas"* [Em linha]. [s.l.], 2009. [Consult. 25 jun. 2012]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.alzheimer-europe.org/Policy-in-Practice2/National-Dementia-Plans/Portugal?#fragment-1>>.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - *DSM-IV-TR: Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi, 2002.

AREND, Emma; CHRISTENSEN, Martin - Delirium in the Intensive Care Unit: A Review. *Nursing in Critical Care* [Em linha]. Vol. 14, nº 3 (mai.-jun., 2009), p. 145-154. [Consult. 23 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=122&sid=f0fd689f-9376-43ef-9a95-a47db0c5c879%40sessionmgr12>>.

BATES, David - Confusion and Delirium. *Medicine* [Em linha]. Vol. 37, nº 2 (2008), p. 81-83. [Consult. 21 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamImageURL&_cid=273575&_user=3684489&_pii=S1357303908003356&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2009-02-28&wchp=dGLzVIS-zSkzV&md5=bf5ab7daba17dc4dd50215944db9ba18/1-s2.0-S1357303908003356-main.pdf>.

BERRIOS, German E. - Delirium e Confusão Mental no Século XIX: Uma História Conceitual. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental* [Em linha]. Vol. 14, nº 1 (mar. 2011), p. 166-189. [Consult. 24 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=10&hid=8&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>.

BHAT, Ravi; ROCKWOOD, Kenneth - Inter-Rater Reliability of Delirium Rating Scales. *Neuroepidemiology* [Em linha]. Vol. 25, nº 1 (2005), p. 48-52. [Consult. 12 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=17&hid=108&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0251-5350.

BIRD, T. D.; MILLER, B. L. - Dementia. In FAUCI, Anthony S. [et al.] (Eds.) - *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th Ed. New York: McGraw-Hill, 2008, p. 2536-2549.

BURGE, Deanne [et al.] - Nurse Practitioners are Well Placed to Lead in the Effective Management of Delirium. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 28, nº 1 (set.-nov. 2010), p. 67-73. [Consult. 28 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=13&hid=15&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0813-0531.

CARPENITO-MOYET, Lynda Juall - *Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à Prática Clínica*. 11ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHÁVEZ-DELGADO, María Estela [et al.] - Delirium en Ancianos Internados: Detección Mediante Evaluación del Estado Confusional. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* [Em linha]. Vol. 45, nº 4 (jul.-ago. 2007), p. 321-328. [Consult. 2 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=15&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0443-5117.

CSOKASY, Judie - Assessment of Acute Confusion: Use of the NEECHAM Confusion Scale. *Applied Nursing Research* [Em linha]. Vol. 12, nº 1 (fev. 1999), p. 51-55. [Consult. 9 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamImageURL&_cid=272378&_user=3684489&_pii=S089718979980189X&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=1999-02-28&wchp=dGLbVBA-zSkWb&md5=c148a55d39d36eef62ae0fc333c49648/1-s2.0-S089718979980189X-main.pdf>. ISSN 0897-1897.

CUNHA, Luís [et al.] - *Recomendações Terapêuticas para o Tratamento da Demência*. Sintra: Novartis, 2009.

DAHL, M. H.; RØNNING, O. M.; THOMMESSEN, B. - Delirium in Acute Stroke: Prevalence and Risk Factors. *Acta Neurologica Scandinavica* [Em linha]. Vol. 122, Sup. 190 (jul. 2010), p. 39-43. [Consult. 17 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&hid=11&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>.

DEVLIN, John W. [et al.] - Delirium Assessment in the Critically Ill. *Intensive Care Medicine* [Em linha]. Vol. 33, nº 6 (jun. 2007), p. 929-940. [Consult. 30 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&hid=13&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0342-4642.

ÉLIE, Michel [et al.] - Prevalence and Detection of Delirium in Elderly Emergency Department Patients. *Canadian Medical Association Journal* [Em linha]. Vol. 163, nº 8 (out. 2000), p. 977-981. [Consult. 2 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=21&hid=126&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0820-3946.

FABBRI, Renato Moraes Alves [et al.] - Validity and Reliability of the Portuguese Version of the Confusion Assessment Method (CAM) for the Detection of Delirium in the Elderly. *Arquivos de Neuro-psiquiatria* [Em linha]. Vol. 59, nº 2-A (jun. 2001), p. 175-179. [Consult. 23 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.br/pdf/anp/v59n2A/a04v592a.pdf>>. ISSN 0004-282X.

FAEZAH, S. K.; ZHANG, D.; YIN, L. F. - The Prevalence and Risk Factors of Delirium Amongst the Elderly in Acute Hospital. *Singapore Nursing Journal* [Em linha]. Vol. 35, nº 1 (jan-mar. 2008), p. 11-14. [Consult. 9 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=38&hid>

=11&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>. ISSN 0218-0995.

FELDMAN, Jacob [et al.] - Delirium in an Acute Geriatric Unit: Clinical Aspects. *Archives of Gerontology & Geriatrics* [Em linha]. Vol. 28, nº 1 (jan.-fev. 1999), p. 37-44. [Consult. 4 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilImageURL&_cid=271271&_user=3684489&_pii=S0167494398001241&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=1999-01-31&wchp=dGLbVlk-zSkWA&md5=1ef85c6d2f9858d14c80ec04c94a1229/1-s2.0-S0167494398001241-main.pdf>. ISSN 0167-4943.

FICK, D. M.; AGOSTINI, J. V.; INOUE, S. K. - Delirium Superimposed on Dementia: A Systematic Review. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 50, nº 10 (out. 2002), p. 1723-1732. [Consult. 29 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&hid=7&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0002-8614.

FORTIN, M. F.; CÔTÉ, J.; FILION, F. - *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.

GEMERT VAN, Liesbeth A.; SCHUURMANS, Marieke J. - The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observation Screening Scale: Capacity to Discriminate and Ease of Use in Clinical Practice. *BMC Nursing* [Em linha]. Vol. 6, nº 3 (mar. 2007), p. 3-6. [Consult. 7 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&hid=18&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1472-6955.

GILLIS, Angela J.; MACDONALD, Brenda - Unmasking Delirium: Nurses Can Play a Key Role in the Prevention, Detection and Treatment of Delirium in Older Adults. *Canadian Nurse* [Em linha]. Vol. 102, nº 9 (nov. 2006), p. 18-24. [Consult. 6 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=37&hid=18&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0008-4581.

GONZÁLEZ, M. [et al.] - Instrument for Detection of Delirium in General Hospitals: Adaptation of the Confusion Assessment Method. *Psychosomatics* [Em linha]. Vol. 45, nº 5 (set.-out. 2004), p. 426-431. [Consult. 5 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilImageURL&_cid=280410&_user=3684489&_pii=S0033318204701577&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2004-10-31&wchp=dGLbVlk-zSkWA&md5=5f179ae1ddb425904ae9488ed35b47ad/1-s2.0-S0033318204701577-main.pdf>.

HALL, Geri R.; WAKEFIELD, Bonnie - Acute Confusion in the Elderly. *Nursing* [Em linha]. Vol. 26, nº 7 (jul. 1996), p. 32-38. [Consult. 22 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=41&hid=18&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0360-4039.

HAN, Jin H. [et al.] - Delirium in Older Emergency Department Patients: Recognition, Risk Factors, and Psychomotor Subtypes. *Academic Emergency Medicine: Official Journal of the Society for Academic Emergency Medicine* [Em linha]. Vol. 16, nº 3 (mar. 2009), p. 193-200. [Consult. 15 mai. 2012]. Disponível na Internet:<URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=106&sid=bd7f4bd7-4aec-4222-b107-152fc0446416%40sessionmgr104>>.

HENDERSON, Max - Delirium. *Medicine* [Em linha]. Vol. 36, nº 9 (2008), p. 463-466. [Consult. 25 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamImageURL&_cid=273575&_user=3684489&_pii=S1357303908001837&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2008-09-30&wchp=dGLbVBA-zSkWb&md5=4e94067200b1faa07e2c58b7e7cb8b04/1-s2.0-S1357303908001837-main.pdf>.

IMMERS, H. E. M.; SCHUURMANS, M. J.; VAN DE BIJL, J. J. - Recognition of Delirium in ICU Patients: A Diagnostic Study of the NEECHAM Confusion Scale in ICU Patients. *BMC Nursing* [Em linha]. Vol. 4, nº 7 (dez. 2005), p. 7 [Consult. 1 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=44&hid=18&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1472-6955.

INFARMED / MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Prontuário Terapêutico* - 10. Lisboa: INFARMED / Ministério da Saúde, 2011.

INOUE, Sharon K. [et al.] - Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method. A New Method for Detection of Delirium. *Annals of Internal Medicine* [Em linha]. Vol. 113, nº 12 (dez. 1990), p. 941-948. [Consult. 1 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=47&hid=111&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0003-4819.

INOUE, Sharon K. *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide* [Em linha]. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, rev. 2 Ago. 2011. [Consult. 3 Out. 2011].

INOUE, Sharon K. [et al.] - A Chart-Based Method for Identification of Delirium: Validation Compared with Interviewer Ratings Using the Confusion Assessment Method. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 53, nº 2 (fev. 2005), p. 312-318. [Consult. 4 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=52&hid=12&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0002-8614.

INOUE, Sharon K. - Current Concepts: Delirium in Older Persons. *New England Journal of Medicine* [Em linha]. Vol. 354, nº 11 (mar. 2006), p. 1157-1165. [Consult. 12 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=7&hid=119&sid=7b0de879-94ee-47c3-8d7d-81256ba5a575%40sessionmgr13&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d>>. ISSN 0028-4793.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão Beta 2*. 2ª Ed. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, 2003.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2*. Santa Maria da Feira: Ordem dos Enfermeiros, 2011.

JACKSON, J. C.; ELY, E. W. - The Confusion Assessment Method (CAM). *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. Vol. 18, nº 6 (jun. 2003), p. 557-558. [Consult. 10 mai. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=7&sid=73765e1b-8746-41a3-8a47-68c844687dfb%40sessionmgr10>>. ISSN 0885-6230.

JOHANSSON, Inger; HAMRIN, Elisabeth - Assessment of Acute Confusion Using the Neecham Confusion Scale [Swedish]. *Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies* [Em linha]. Vol. 29, nº 2 (2009), p. 42-43. [Consult. 29 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&hid=13&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0107-4083.

JOSEPHSON, S. A.; MILLER, B. L. - Confusion and Delirium. In FAUCI, Anthony S. [et al.] (Eds.) - *Harrison's Principles of Internal Medicine*. 17th Ed. New York: McGraw-Hill, 2008, p. 158-162.

KANE, R.L.; OUSLANDER, J.G.; ABRASS, I.B. - *Geriatría Clínica*. 5ª Ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill Interamericana do Brasil, 2004.

KEENAN, Bernie [et al.] - Promoting Mental Health in Older People Admitted to Hospitals. *Nursing Standard* [Em linha]. Vol. 25, nº 20 (jan. 2011), p. 46-56. [Consult. 25 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=57&hid=25&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0029-6570.

LAURILA, J. V. [et al.] - Confusion Assessment Method in the Diagnostics of Delirium Among Aged Hospital Patients: Would It Serve Better in Screening than as a Diagnostic Instrument?. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. Vol. 17, nº 12 (dez. 2002), p. 1112-1119. [Consult. 12 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=9&hid=14&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0885-6230.

LERNER, Vladimir; KANEVSKY, Michael - Acute Dementia with Delirium due to Vitamin B12 Deficiency: A Case Report. *International Journal of Psychiatry in Medicine* [Em linha]. Vol. 32, nº 2 (2002), p. 215-220. [Consult. 1 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:<http://knowledgetranslation.ca/sysrev/articles/project50/Lerner2002.pdf>>.

LEUNG, Jess lam-ming [et al.] - Clinical Utility and Validation of Two Instruments (the Confusion Assessment Method Algorithm and the Chinese Version of Nursing Delirium Screening Scale) to Detect Delirium in Geriatric Inpatients. *General Hospital Psychiatry* [Em linha]. Vol. 30 (2008), p. 171-176. [Consult. 1 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamImageURL&_cid=271260&_user=3684489&_pii=S0163834307002605&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2008-04-30&wchp=dGLzVlk-zSkWz&md5=70b2b4a441593e9e3e1a94e0f95d5fce/1-s2.0-S0163834307002605-main.pdf>.

LEMIENGRE, Joke [et al.] - Detection of Delirium by Bedside Nurses Using the Confusion Assessment Method. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 54, nº 4 (abr. 2006), p. 685-689. [Consult. 22 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=64&hid=24&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0002-8614.

LOWERY, David Peter [et al.] - Quantifying the Association Between Computerised Measures of Attention and Confusion Assessment Method Defined Delirium: A Prospective Study of Older Orthopaedic Surgical Patients, Free of Dementia. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. Vol. 23 (2008), p. 1253-1260. [Consult. 27 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.2059/pdf>>.

MANGNALL, L. T.; GALLAGHER, R.; STEIN-PARBURY, J. - Postoperative Delirium After Colorectal Surgery in Older Patients. *American Journal of Critical Care* [Em linha]. Vol. 20, nº 1 (jan. 2011), p. 45-55. [Consult. 29 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=73&hid=113&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1062-3264.

MARCANTONIO, Edward R. - Clinical Management and Prevention of Delirium. *Psychiatry* [Em linha]. Vol. 7, nº 1 (jan. 2008), p. 42-48. [Consult. 18 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=273573&_user=3684489&_pii=S1476179307002212&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2008-01-31&wchp=dGLbVlt-zSkzS&md5=61ab5385e59b4c7ce85c446a31223c5a/1-s2.0-S1476179307002212-main.pdf>.

MARCANTONIO, Edward R. [et al.] - Randomized Trial of a Delirium Abatement Program for Postacute Skilled Nursing Facilities. *Journal of the American Geriatrics Association* [Em linha]. Vol. 58, nº 6 (jun. 2010), p. 1019-1026. [Consult. 15 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=13&sid=7b0de879-94ee-47c3-8d7d-81256ba5a575%40sessionmgr13>>. ISSN 0002-8614.

MARQUES, Paulo Alexandre Oliveira - *O Doente Idoso com Confusão e a Acção de Enfermagem*. Loures: Lusociência, 2012.

MATSUSHITA, T.; MATSUSHIMA, E.; MARUYAMA, M. - Early Detection of Postoperative Delirium and Confusion in a Surgical Ward Using the NEECHAM Confusion Scale. *General Hospital Psychiatry* [Em linha]. Vol. 26, nº 2 (mar. 2004), p. 158-163. [Consult. 23 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=271260&_user=3684489&_pii=S0163834303001221&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2004-04-30&wchp=dGLzVBA-zSkWA&md5=d89f0d02af72cfef691d797006aad349/1-s2.0-S0163834303001221-main.pdf>.

MAYO-SMITH, Michael [et al.] - Management of Alcohol Withdrawal Delirium: An Evidence-Based Practice Guideline. *Archives of Internal Medicine* [Em linha]. Vol. 164 (jul. 2004), p. 1405-1412. [Consult. 3 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL: http://www.medicine.nevada.edu/residency/lasvegas/internalmed/documents/mgmtofetohwithdrawal_deliriumarchintmed.pdf>.

MCAVAY, Gail J. [et al.] - Older Adults Discharged from the Hospital with Delirium: 1-Year Outcomes. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 54, nº 8 (ago. 2006), p. 1245-1250. [Consult. 16 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=77&hid=21&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0002-8614.

MCNICOLL, Lynn [et al.] - Detection of Delirium in the Intensive Care Unit: Comparison of Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit with Confusion Assessment Method Ratings. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 53, nº 3 (mar. 2005), p. 495-500. [Consult. 10 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=12&hid=104&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0002-8614.

MICHAUD, Laurent [et al.] - Delirium: Guidelines for General Hospitals. *Journal of Psychosomatic Research* [Em linha]. Vol. 62 (2007), p. 371-383. [Consult. 25 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilImageURL&_cid=271160&_user=3684489&_pii=S0022399906004405&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2007-03-31&wchp=dGLbVlt-zSkWb&md5=82e9edfd279431375258df71b1f68498/1-s2.0-S0022399906004405-main.pdf>.

MILLER, Judy [et al.] - The Assessment of Acute Confusion as Part of Nursing Care. *Applied Nursing Research* [Em linha]. Vol. 10, nº 3 (ago. 1997), p. 143-151. [Consult. 10 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilImageURL&_cid=272378&_user=3684489&_pii=S0897189797802376&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=1997-08-31&wchp=dGLbVlt-zSkS&md5=18f9ca6975769cbebc821a11d96f94c4/1-s2.0-S0897189797802376-main.pdf>. ISSN 0897-1897.

MILISEN, Koen [et al.] - Psychometric Properties of the Flemish Translation of the NEECHAM Confusion Scale. *BMC Psychiatry* [Em linha]. Vol. 5, nº 16 (mar. 2005), p. 16. [Consult. 16 set. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=81&hid=122&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1471-244X.

MONETTE, Johanne [et al.] - Evaluation of the Confusion Assessment Method (CAM) as a Screening Tool for Delirium in the Emergency Room. *General Hospital Psychiatry* [Em linha]. Vol. 23 (2001), p. 20-25. [Consult. 2 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilImageURL&_cid=271260&_user=3684489&_pii=S016383430000116X&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2001-02-28&wchp=dGLzVBA-zSkWb&md5=c727f715511a0562035b27377493d10e/1-s2.0-S016383430000116X-main.pdf>.

NAKASE-THOMPSON, Risa [et al.] - Acute Confusion Following Traumatic Brain Injury. *Brain Injury* [Em linha]. Vol. 18, nº 2 (fev. 2004), p. 131-142. [Consult. 28 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=90&hid=18&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0269-9052.

NATIONAL CLINICAL GUIDELINE CENTRE (NCGC) - *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* [Em linha]. Londres: NCGC, 2010. [Consult. 5 out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49908/49908.pdf>>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) - *Delirium: Diagnosis, Prevention and Management* [Em linha]. Londres: NICE, 2010. [Consult. 5 out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13060/49909/49909.pdf>>.

NEGREIROS, Daniel Philippi [et al.] - Portuguese Version of the Delirium Rating Scale-Revised98: Reliability and Validity. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. Vol. 23, nº 5 (mai. 2008), p. 472-477. [Consult. 23 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&hid=108&sid=f0fd689f-9376-43ef-9a95-a47db0c5c879%40sessionmgr12>>. ISSN 0885-6230.

NEVES, Hugo Leiria - *Confusão Aguda no Doente Internado: Adaptação Cultural e Validação da Escala de Confusão NeeCham*. Porto, 2008. Dissertação de Mestrado.

NEVES, H.; SILVA, A.; MARQUES, P. - Tradução e Adaptação Cultural da Escala de Confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência* [Em linha]. III Série, nº 3 (mar. 2011), p. 105-112. [Consult. 11 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ref/v3n3/v3n3a11.pdf>>. ISSN 0874-0283.

NEVILLE, Stephen; GILMOUR, Jean - Differentiating Between Delirium and Dementia. *Kai Tiaki Nursing New Zealand* [Em linha]. Vol. 13, nº 9 (out. 2007), p. 22-24. [Consult. 7 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=94&hid=8&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1173-2032.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) INTERNATIONAL - *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

O'MAHONY, Rachel [et al.] - Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence Guideline for Prevention of Delirium. *Annals of Internal Medicine* [Em linha]. Vol. 154, nº 11 (jun. 2011), p. 746-751. [Consult. 6 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=97&hid=8&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1539-3704.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) - *International Classification of Diseases (ICD) - 10* [Em linha]. OMS, 2007. [Consult. 21 set. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>>.

PHIPPS, Wilma J.; SANDS, Judith K.; MAREK, Jane F. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. - *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização*. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPKIN, Barry M.; D'Anci, Kristen E.; ROSENBERG, Irwin H. - Water, Hydration, and Health. *Nutrition Reviews* [Em linha]. Vol. 68, nº 8 (ago. 2010), p. 439-458. [Consult. 14 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=88&hid=8&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>.

RAPP, Carla Gene [et al.] - Acute Confusion Assessment Instruments: Clinical Versus Research Usability. *Applied Nursing Research* [Em linha]. Vol. 13, nº 1 (fev. 2000), p. 37-45. [Consult. 28 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamilmageURL&_cid=272378&_user=3684489&_pii=S0897189700800178&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2000-02-29&wchp=dGLbVlk-zSkWz&md5=75f533de6a20223a846cc164db787758/1-s2.0-S0897189700800178-main.pdf>.

REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONTARIO (RNAO) - *Screening for Delirium, Dementia and Depression in Older Adults* [Em linha]. Toronto: RNAO, 2003. [Consult. 2 out. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.rnao.org/Storage/12/645_BPG_DDD.pdf>.

RIBEIRO, José Luís Pais - *Metodologias de Investigação em Psicologia e Saúde*. 3ª Ed. Porto: Legis Editora, 2010.

RIED, Sabine; DASSEN, Theo - Chronic Confusion, Dementia, and Impaired Environmental Interpretation Syndrome: A Concept Comparison. *Nursing Diagnosis* [Em linha]. Vol. 11, nº 2 (abr.-jun. 2000), p. 49-59. [Consult. 16 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=102&hid=10&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 1046-7459.

RYAN, Karen [et al.] - Validation of the Confusion Assessment Method in the Palliative Care Setting. *Palliative Medicine* [Em linha]. Vol. 23, nº 1 (jan. 2009), p. 40-45. [Consult. 6 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&hid=113&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0269-2163.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. - *Compêndio de Psiquiatria: Ciência do Comportamento e Psiquiatria Clínica*. 9ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SAMPAIO, Francisco; SEQUEIRA, Carlos; SÁ, Luís - Tradução do Método de Avaliação da Confusão (CAM): Importância no Contexto da Saúde Mental. In *Do Diagnóstico à Intervenção em Enfermagem de Saúde Mental*. Maia: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 2010. p. 166-173.

SANDS, Judith K. - Impacto da Doença nas Capacidades Mentais. In PHIPPS, W.J.; SANDS, J.K.; MAREK, J.F. - *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Conceitos e Prática Clínica*. 6ª Ed. Loures: Lusociência, 2003.

SANDS, M. B. [et al.] - Single Question in Delirium (SQiD): Testing its Efficacy Against Psychiatrist Interview, the Confusion Assessment Method and the Memorial Delirium Assessment Scale. *Palliative Medicine* [Em linha]. Vol. 24, nº 6 (set. 2010), p. 561-565. [Consult. 7 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=26&hid=8&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 1477-030X.

SELBY, Mary - Confusion in the Elderly. *Practice Nurse* [Em linha]. Vol. 32, nº 9 (nov. 2006), p. 45-48. [Consult. 15 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=105&hid=107&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#db=rzh&AN=2009384346>>. ISSN 0953-6612.

SENDELBACH, S.; GUTHRIE, P. F.; SCHOENFELDER, D. P. - Acute Confusion/Delirium: Identification, Assessment, Treatment and Prevention. *Journal of Gerontological Nursing* [Em linha]. Vol. 35, nº 11 (nov. 2009), p. 11-18. [Consult. 30 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=109&hid=18&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0098-9134.

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos Dependentes: Diagnósticos e Intervenções*. 1ª Ed. Coimbra: Quarteto, 2007.

SEQUEIRA, Carlos - *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, 2010.

SHENG, A. Z. [et al.] - Delirium Within Three Days of Stroke in a Cohort of Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 54, nº 8 (Ago. 2006), p. 1192-1198. [Consult. 14 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=46&hid=10&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>. ISSN 0002-8614.

SILVA, R. C. G.; SILVA, A. A. P.; MARQUES, P. A. O. - Análise dos Registos Produzidos pela Equipe de Saúde e da Perceção dos Enfermeiros sobre os Sinais e os Sintomas de Delirium. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [Em linha]. Vol. 19, nº 1 (jan.-fev., 2011), p. 81-89 [Consult. 29 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_12.pdf>. ISSN 0104-1169.

SKI, Chantal; O'CONNELL, Bev - Mismanagement of Delirium Places Patients at Risk. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 23, nº 3 (mai. 2006), p. 42-46. [Consult. 2 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=116&hid=106&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>.

SOMES, Joan [et al.] - Sudden Confusion and Agitation: Causes to Investigate! Delirium, Dementia, Depression. *Journal of Emergency Nursing* [Em linha]. Vol. 36, nº 5 (set. 2010), p. 486-488. [Consult. 19 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MiamiImageURL&_cid=272400&_user=3684489&_pii=S0099176710002497&_check=y&_origin=search&_zone=rslt_list_item&_coverDate=2010-09-30&wchp=dGLzVIS-zSkWA&md5=87800d57877afc0dc31b9728666e563e/1-s2.0-S0099176710002497-main.pdf>.

SOUSA, Avinash - Psychiatric Issues in Renal Failure and Dialysis. *Indian Journal of Nephrology* [Em linha]. Vol. 18, nº 2 (Abr-Jun. 2008), p. 47-50. [Consult. 20 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=60&hid=126&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>. ISSN 0971-4065.

SPAR, J. E.; LA RUE, A. - *Guia Prático Climepsi de Psiquiatria Geriátrica*. 1ª Ed. Lisboa: Climepsi Editores, 2005.

SPEED, G. [et al.] - Prevalence Rate of Delirium at Two Hospitals in Western Australia. *Australian Journal of Advanced Nursing* [Em linha]. Vol. 25, nº 1 (set-nov. 2007), p. 38-43. [Consult. 28 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&hid=11&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>. ISSN 0813-0531.

TABET, Naji; HOWARD, Robert - Pharmacological Treatment for the Prevention of Delirium: Review of Current Evidence. *International Journal of Geriatric Psychiatry* [Em linha]. Vol. 24, nº 10 (out. 2009), p. 1037-1044. [Consult. 12 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=95&hid=8&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>. ISSN 1099-1166.

TAKEUCHI, Takashi [et al.] - Delirium in Inpatients with Respiratory Diseases. *Psychiatry & Clinical Neurosciences* [Em linha]. Vol. 59, nº 3 (jun. 2005), p. 253-258. [Consult. 9 jun. 2012]. Disponível na Internet:<URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=71&hid=11&sid=3e43b090-aed5-403d-8997-25a52c9b1d21%40sessionmgr15>>.

TOBAR, Catalina [et al.] - Prevalencia de Delirium y Diagnóstico por los Médicos Tratantes. *Revista ANACEM* [Em linha]. Vol. 4, nº 2 (2010), p. 82-85. [Consult. 1 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=120&hid=7&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>.

TORRES-PÉREZ, Juan Francisco [et al.] - Prevalencia de Delirium en Adultos Mayores con Fractura de Cadera. *Medicina Universitaria* [Em linha]. Vol. 12, nº 49 (out.-dez. 2010), p. 203-208. [Consult. 6 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=123&hid=107&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>.

TRZEPACZ, Paula T. [et al.] - Validation of the Delirium Rating Scale-Revised98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences* [Em linha]. Vol. 13, nº 2 (mai. 2001), p. 229-242. [Consult. 23 nov. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://neuro.psychiatryonline.org/data/Journals/NP/3906/229.pdf>>.

VAN ROMPAEY, Bart [et al.] - A Comparison of the CAM-ICU and the NEECHAM Confusion Scale in Intensive Care Delirium Assessment: An Observational Study in Non-Intubated Patients. *Critical Care* [Em linha]. Vol. 12, nº 1 (2008a), p. 1-7 [Consult. 3 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc6790.pdf>>.

VAN ROMPAEY, Bart [et al.] - Risk Factors for Intensive Care Delirium: A Systematic Review. *Intensive and Critical Care Nursing* [Em linha]. Vol. 24 (2008b), p. 98-107. [Consult. 4 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: http://www3.hi.is/~thorsj/gogn/Review_greinar/Delerium_syst_review.pdf>.

VAZQUEZ, Fernando J. [et al.] - Delirium en Ancianos Internados: Seguimiento de 18 Meses. *Medicina* [Em linha]. Vol. 70, nº 1 (2010), p. 8-14. [Consult. 28 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=128&hid=122&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0025-7680.

WASZYNSKI, Christine M.; PETROVIC, Kimberly - Nurses' Evaluation of the Confusion Assessment Method: A Pilot Study. *Journal of Gerontological Nursing*. Vol. 34, nº 4 (abr. 2008), p. 49-56. [Consult. 22 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=131&hid=126&sid=83775617-a457-4a55-922e-0057a3039716%40sessionmgr14>>. ISSN 0098-9134.

WEI, Leslie A. [et al.] - The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *Journal of the American Geriatrics Society* [Em linha]. Vol. 56, nº 5 (mai. 2008), p. 823-830. [Consult. 7 out. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&hid=14&sid=d1d3301d-5841-4140-b611-94734c16cefd%40sessionmgr14>>. ISSN 0002-8614.

WONG, Camilla L. [et al.] - Does This Patient Have Delirium?: Value of Bedside Instruments. *Journal of the American Medical Association* [Em linha]. Vol. 304, nº 7 (ago. 2010), p. 779-786. [Consult. 16 set. 2011]. Disponível na Internet:<URL: <http://www.pdf-archive.com/2011/09/02/does-this-patient-have-delirium/does-this-patient-have-delirium.pdf>>. ISSN 0098-7484.

ANEXOS

**ANEXO I - Autorização da Autora para a Tradução e
Validação do CAM para a População Portuguesa**

Confusion Assessment Method Translation and Validation

3 mensagens

Francisco Sampaio <fmcsampaio@gmail.com> 2 de junho de 2010 18:34
Para sharoninouye@hrca.harvard.edu

Dear Professor Sharon Inouye,

My name is Francisco Sampaio, I am a Portuguese Nursing student (almost finishing the course - July) and, while I was studying about dementia, I've found a scale (Confusion Assessment Method) that is, in my opinion, the best scale to evaluate confusional state of a person with dementia.

However, this scale is not translated or validated to the Portuguese population. As a result, and believing that a translation and validation of Confusion Assessment Method would drive to a great improvement of Nursing care (related to the Nursing diagnosis "Confusion"), I would like to ask you for permission to do the translation and validation to the Portuguese population of that scale. Being the author of Confusion Assessment Method, I keep hoping for a positive answer, as I believe that it would be an important contribute to improve the health care in Portugal.

Yours sincerely,
Francisco Sampaio

Sharon Inouye <sharoninouye@hrca.harvard.edu> 2 de junho de 2010 20:13
Para Francisco Sampaio <fmcsampaio@gmail.com>, Kerry Fenlon <KerryFenlon@hrca.harvard.edu>

Hi Kerry--can you please help Dr. Sampiao? Thanks, Sharon
Please note that I have a new office phone (617) 971-5390 and Fax (617) 971-5309; everything else remains the same. Please update your address book.

Sharon K. Inouye, M.D., MPH
Professor of Medicine, Beth Israel Deaconess Medical Center,
Harvard Medical School
Milton and Shirley F. Levy Family Chair
Diretor, Aging Brain Center
Institute for Aging Research
Hebrew SeniorLife
1200 Centre Street
Boston, MA 02131
Telephone (617) 363-8020
Fax (617) 363-8901

>>> "Francisco Sampaio" <fmcsampaio@gmail.com> 6/2/2010 1:34 PM >>>

CONFIDENTIAL NOTICE:

This electronic mail transmission contains confidential information including Protected Health Information (PHI) that is legally privileged.

If you are not the intended recipient, or designee, you are hereby notified that any disclosure, copying, distribution or use of any and all attachments to this transmission is STRICTLY PROHIBITED. If you have received this transmission in error, please notify the sender immediately to arrange for return or destruction of these documents.

Kerry Fenlon <kerryfenlon@hrca.harvard.edu> 2 de junho de 2010 20:20
Para Francisco Sampaio <fmcsampaio@gmail.com>, Sharon Inouye
<SharonInouye@hrca.harvard.edu>

Dr. Sampaio,

You have permission to translate and validate the CAM into Portuguese. When you do so, we ask that you share with Dr. Inouye the translated version. You also have Dr. Inouye's permission to use the CAM for the clinical purposes only. We do ask that you include the acknowledgment below on any paper or electronic replications of the CAM. This is also found on page 23 of the manual.

"Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH."

Should you choose to use the CAM in any research or publications in the future, you request that you inform our office and share with us your results or document prior to release. I have also attached for you a copy of our training manual which can also be found at <http://hospitalelderlifeprogram.org/public/doclinks.php?pageid=01.02.03>.

If you have any further questions, please don't hesitate to contact Dr. Inouye's assistant, Nina O'Brien
(ninaobrien@hrca.harvard.edu)

Kerry

Kerry Fenlon, MSW, MBA
Associate Diretor HELP Dissemination Program
Aging Brain Center
Hebrew SeniorLife
1200 Centre Street
Boston, MA 02131
Telephone (617) 971-5386
Fax (617) 971-5309

ANEXO II - Confusion Assessment Method

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) QUESTIONNAIRE

OBSERVATIONS BY INTERVIEWER

Interviewer: Immediately after completing the interview, please answer the following questions based on what you observed during the interview, Modified Mini-Cog Test, and Digit Span Test.

ACUTE ONSET

1. a. Is there evidence of an acute change in mental status from the patient's baseline?

Yes - 1
No - 2
Uncertain - 8

b. (IF YES) Please describe change and source of information:

INATTENTION

2. a. Did the patient have difficulty focusing attention, for example being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?

Not present at any time during interview - 1
Present at some time during interview, - 2
but in mild form
Present at some time during interview, - 3
in marked form
Uncertain - 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1
No - 2
Uncertain - 8
Not Applicable (NA) - 9

c. (IF PRESENT) Please describe this behavior:

DISORGANIZED THINKING

3. a. Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow or of ideas, unpredictable switching from subject to subject?

Not present at any time during interview - 1
Present at some time during interview, - 2
but in mild form
Present at some time during interview, - 3
in marked form
Uncertain - 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase or decrease in severity?

Yes - 1
No - 2
Uncertain - 8
NA - 9

c. (IF PRESENT) Please describe this behavior:

ALTERED LEVEL OF CONSCIOUSNESS

4. a. Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?

GO TO Q5 ← Alert (Normal) - 1
Vigilant (Hyperalert, overly sensitive - 2
to environmental stimuli, startled
very easily
Lethargic (Drowsy, easily aroused) - 3
Stupor (Difficult to arouse) - 4
Coma (Unarousable) - 5
Uncertain - 8

b. (IF OTHER THAN ALERT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1
No - 2
Uncertain - 8
NA - 9

c. (IF OTHER THAN ALERT) Please describe this behavior:

DISORIENTATION

5. a. Was the patient disoriented at any time during the interview, such as thinking he/she was somewhere other than the hospital, using the wrong bed, or misjudging the time of day?

Not present at any time during interview - 1
Present at some time during interview, - 2
but in mild form
Present at some time during interview, - 3
in marked form
Uncertain - 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1
No - 2
Uncertain - 8
NA - 9

c. (IF PRESENT) Please describe this behavior:

MEMORY IMPAIRMENT

6. a. Did the patient demonstrate any memory problems during the interview, such as inability to remember events in the hospital or difficulty remembering instructions?

Not present at any time during interview - 1
Present at some time during interview, - 2
but in mild form
Present at some time during interview, - 3
in marked form
Uncertain - 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1
No - 2
Uncertain - 8
NA - 9

c. (IF PRESENT) Please describe this behavior:

PERCEPTUAL DISTURBANCES

7. a. Did the patient have any evidence of perceptual disturbances, for example, hallucinations, illusions, or misinterpretations (such as thinking something was moving when it was not)?

Not present at any time during interview	- 1
Present at some time during interview, but in mild form	- 2
Present at some time during interview, in marked form	- 3
Uncertain	- 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes	- 1
No	- 2
Uncertain	- 8
NA	- 9

c. (IF PRESENT) Please describe these perceptual changes:

PSYCHOMOTOR AGITATION

8. a. (Part 1) At any time during the interview, did the patient have an unusually increased level of motor activity, such as restlessness, picking at bedclothes, tapping fingers, or making frequent sudden changes of position?

Not present at any time during interview	- 1
Present at some time during interview, but in mild form	- 2
Present at some time during interview, in marked form	- 3
Uncertain	- 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes	- 1
No	- 2
Uncertain	- 8
NA	- 9

c. (IF PRESENT) Please describe this behavior:

PSYCHOMOTOR RETARDATION

8. a. (Part 2) At any time during the interview, did the patient have an unusually decreased level of motor activity, such as sluggishness, staring into space, staying in one position for a long time, or moving very slowly?

Not present at any time during interview	- 1
Present at some time during interview, but in mild form	- 2
Present at some time during interview, in marked form	- 3
Uncertain	- 8

b. (IF PRESENT) Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes	- 1
No	- 2
Uncertain	- 8
NA	- 9

c. (IF PRESENT) Please describe this behavior:

ALTERED SLEEP-WAKE CYCLE

9. a. Did the patient have evidence of disturbance of the sleep-wake cycle, such as excessive daytime sleepiness with insomnia at night?

Yes	- 1
No	- 2
Uncertain	- 8

b. (IF YES) Please describe the disturbance:

Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH.

**ANEXO III - Tradução do CAM de Inglês para Português realizada pelo
Investigador Principal**

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Observações pelo Entrevistador

Entrevistador: imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões com base no que observou durante a entrevista, no “*Modified Mini-Cog Test*”, e no “*Digit Span Test*”.

1A. [Início Agudo]

Existe evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

1B. (Se sim)

Por favor, descreva a mudança e a fonte de informação.

2A. [Desatenção]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

2B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

2C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

3B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1 → Avance para a questão 5

Vigilante (hiperalerta, excessivamente sensível aos estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

Incerto - 8

4B. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

4C. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Por favor, descreva o comportamento.

5A. [Desorientação]

O doente apresentou-se desorientado em algum momento durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em algum outro local que não no hospital, usando a cama errada, ou julgando erradamente o período do dia?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

5B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

6A. [Défice de Memória]

O doente demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos do hospital ou dificuldade em recordar instruções?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

6B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva este comportamento.

7A. [Distúrbios Percetuais]

O doente apresentou alguma evidência de distúrbios percetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erradas (por exemplo, pensar que algo se estava a mover, quando na realidade não estava)?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

7B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir ou desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva as alterações percetuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, esgaravatar as roupas da cama, bater com os dedos, ou realizar mudanças frequentes de posição?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

8A (Parte 2). [Lentificação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente o vazio, manter-se numa posição durante muito tempo ou mover-se muito lentamente?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (*Se presente*)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir ou desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (*Se presente*)

Por favor, descreva o comportamento.

9A. [*Ciclo Sono-Repouso Alterado*]

O doente apresentou evidência de distúrbio do ciclo sono-repouso, como por exemplo, excessivo sono diurno com insónias durante a noite?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

9B. (*Se sim*)

Por favor, descreva o distúrbio.

**ANEXO IV - Tradução do CAM de Inglês para Português realizada por
Tradutora Independente (Enfermeira)**

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Observações pelo Entrevistador

Entrevistador: imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões com base no que observou durante a entrevista, no “Modified Mini-Cog Test”, e no “Digit Span Test”.

1A. *[Início Agudo]*

Há evidência de mudança aguda no patamar do *status* mental do paciente?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

1B. *(Se sim)*

Por favor, descreva a mudança e a fonte de informação.

2A. *[Desatenção]*

O paciente teve dificuldade em focar a atenção, tal como ser facilmente distraído ou ter dificuldade em manter o curso do que foi sendo dito?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

2B. *(Se presente)*

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

2C. (Se presente)

Por favor, descreva o seu comportamento.

3A. [Pensamento Desorganizado]

Estava o paciente pensando de forma desorganizada ou incoerente, tal com sem coerência ou conversa irrelevante, não claro, fluxo ilógico de ideias, ou imprevisibilidade, mudando de assunto para assunto?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

3B. (Se presente)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva o seu comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

Globalmente, como classifica o nível de consciência deste paciente?

Alerta (normal) - 1 ➔ Avance para a questão 5

Vigil (hiperalerta, hipersensível aos estímulos ambientais, facilmente assustado) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

Incerto - 8

4B. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

4C. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Por favor, descreva o seu comportamento.

5A. [Desorientação]

Estava o paciente desorientado em algum momento da entrevista, tal como pensar que ele/ela estava em algum lugar que não o hospital, usou a cama errada, ou confundiu a hora do dia?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

5B. (Se presente)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva o seu comportamento.

6A. [Diminuição da Memória]

O paciente demonstrou algum problema de memória durante a entrevista, tal como incapacidade de se lembrar de eventos no hospital ou dificuldade em lembrar-se de instruções?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

6B. (Se presente)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva o seu comportamento.

7A. [Distúrbios Percetuais]

O paciente teve alguma evidência de distúrbios percetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (tal como pensar que algo se estava a mover quando não estava)?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

7B. (Se presente)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva essas alterações percetuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Em algum momento, durante a entrevista, o paciente teve um aumento incomum do nível de atividade motora, tal como inquietação, escolher a roupa da cama, tocando os dedos ou alterando frequentemente de posição?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (Se presente)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o seu comportamento.

8A (Parte 2). [Retardação Psicomotora]

Em algum momento, durante a entrevista, o paciente teve uma diminuição incomum da atividade motora, tal como lentidão, olhando para o espaço, ficar numa posição durante um longo período de tempo, ou movimentar-se muito devagar?

Não presente em nenhum momento durante a entrevista - 1

Presente em algum momento da entrevista, mas de forma leve - 2

Presente em algum momento da entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (*Se presente*)

Este comportamento flutuou/oscilou/variou durante a entrevista, ou seja, tem tendência em vir e ir ou aumentar ou diminuir com gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (*Se presente*)

Por favor, descreva o seu comportamento.

9A. [*Ciclo Sono-Vigília Alterado*]

Tinha o paciente evidência de distúrbios no ciclo sono-vigília, tais como excessiva sonolência diurna, com insónia à noite?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

9B. (*Se sim*)

Por favor, descreva o distúrbio.

ANEXO V - Versão do CAM em Português do Brasil

Portuguese Version of the confusion assessment method - CAM
(Inouye et al., 1990)

1) Início agudo

Há evidência de uma mudança aguda do estado mental de base do paciente? ()

2) Distúrbio da atenção*

2.A) O paciente teve dificuldade em focalizar sua atenção, por exemplo, distraiu-se facilmente ou teve dificuldade em acompanhar o que estava sendo dito? ()

- Ausente em todo o momento da entrevista ()
- Presente em algum momento da entrevista, porém de forma leve ()
- Presente em algum momento da entrevista, de forma marcante ()
- Incerto ()

2.B) Se presente ou anormal, este comportamento variou durante a entrevista, isto é, tendeu a surgir e desaparecer ou aumentar e diminuir de gravidade ? ()

- Sim ()
- Não ()
- Incerto ()
- Não aplicável ()

2.C) Se presente ou anormal, descreva o comportamento: ()

3) Pensamento desorganizado

O pensamento do paciente era desorganizado ou incoerente, com a conversação dispersiva ou irrelevante, fluxo de idéias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto ? ()

4) Alteração do nível de consciência

Em geral, como você classificaria o nível de consciência do paciente ?

- Alerta (normal) ()
- Vigilante (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se facilmente) ()
- Letárgico (sonolento, facilmente acordável) ()
- Estupor (dificuldade para despertar) ()
- Coma ()
- Incerto ()

5) Desorientação

O paciente ficou desorientado durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em outro lugar que não o hospital, que estava no leito errado, ou tendo noção errada da hora do dia ? ()

6) Distúrbio (prejuízo) da memória

O paciente apresentou problemas de memória durante a entrevista, tais como incapacidade de se lembrar de eventos do hospital, ou dificuldade para se lembrar de instruções ? ()

7) Distúrbios de percepção

O paciente apresentou sinais de distúrbios de percepção, como por exemplo alucinações, ilusões ou interpretações errôneas (pensando que algum objeto fixo se movimentava)? ()

8) Agitação psicomotora

Parte 1 - Durante a entrevista, o paciente apresentou aumento anormal da atividade motora, tais como agitação, beliscar de cobertas, tamborilar com os dedos ou mudança súbita e frequente de posição ? ()

Retardo psicomotor

Parte 2 - Durante a entrevista, o paciente apresentou diminuição anormal da atividade motora, como letargia, olhar fixo no vazio, permanência na mesma posição por longo tempo, ou lentidão exagerada de movimentos? ()

9) Alteração do ciclo sono-vigília

O paciente apresentou sinais de alteração do ciclo sono-vigília, como sonolência diurna excessiva e insônia noturna ? ()

**As perguntas listadas abaixo deste tópico foram repetidas para cada item quando aplicáveis.*

ANEXO VI - CAM após Compilação das Traduções

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Observações pelo Entrevistador

Entrevistador: imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões com base no que observou durante a entrevista, no “*Modified Mini-Cog Test*”, e no “*Digit Span Test*”.

1A. *[Início Agudo]*

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

1B. *(Se sim)*

Por favor, descreva a mudança e a fonte de informação.

2A. *[Desatenção]*

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

2B. *(Se presente)*

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

2C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

3B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1 ➔ Avance para a questão 5

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

Incerto - 8

4B. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

4C. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Por favor, descreva o comportamento.

5A. [Desorientação]

O doente apresentou-se desorientado em algum momento durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em algum outro local que não no hospital, usando a cama errada, ou julgando erradamente o período do dia?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

5B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

6A. [Défice de Memória]

O doente demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos do hospital ou dificuldade em recordar instruções?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

6B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

7A. [Distúrbios Percetuais]

O doente apresentou alguma evidência de distúrbios percetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erróneas (por exemplo, pensar que algo se estava a mover, quando na realidade não estava)?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

7B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva as alterações percetuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora exceccionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, esgaravatar as roupas da cama, bater com os dedos, ou realizar mudanças frequentes de posição?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

8A (Parte 2). [Lentificação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora exceccionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente o vazio, manter-se numa posição durante muito tempo ou mover-se muito lentamente?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (*Se presente*)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (*Se presente*)

Por favor, descreva o comportamento.

9A. [*Ciclo Sono-Vigília Alterado*]

O doente apresentou evidência de distúrbio do ciclo sono-vigília, como por exemplo, excessiva sonolência diurna com insónias durante a noite?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

9B. (*Se sim*)

Por favor, descreva o distúrbio.

Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. Ann Intern Med. 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH.

ANEXO VII - Retrotradução do CAM de Português para Inglês

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Interviewer Observations

Interviewer: immediately after completing this interview, please, answer the following questions based on what you observed during the interview, in “Modified Mini-Cog Test”, and “Digit Span Test”.

1A. *[Acute Onset]*

Is there evidence of an acute change in mental status from the patient’s baseline?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

1B. *(If yes)*

Please, describe the change and information source.

2A. *[Inattention]*

Did the patient have difficulty focusing attention, for example, being easily distractible, or having difficulty keeping track of what was being said?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

2B. *(If present)*

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

2C. (If present)

Please, describe this behavior.

3A. [Disorganized thinking]

Was the patient's thinking disorganized or incoherent, such as rambling or irrelevant conversation, unclear or illogical flow of ideas, or unpredictable switching from subject to subject?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

3B. (If present)

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

3C. (If present)

Please, describe this behavior.

4A. [Altered level of consciousness]

Overall, how would you rate this patient's level of consciousness?

Alert (normal) - 1 → Advance to question 5

Vigilant (hyperalert, overly sensitive to environmental stimuli, startled very easily) - 2

Lethargic (drowsy, easily aroused) - 3

Stupor (difficult to arouse) - 4

Coma (unarousable) - 5

Uncertain - 8

4B. (If the answer is other than "Alert")

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

4C. (If the answer is other than "Alert")

Please, describe this behavior.

5A. [Disorientation]

Was the patient disoriented at any time during the interview, such as thinking that he or she was somewhere other than the hospital, using the wrong bed, or misjudging the time of day?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

5B. (If present)

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

5C. (If present)

Please, describe this behavior.

6A. [Memory impairment]

Did the patient demonstrate any memory problems during the interview, such as inability to remember events in the hospital or difficulty remembering instructions?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

6B. (If present)

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

6C. (If present)

Please, describe this behavior.

7A. (Perceptual disturbances)

Did the patient have any evidence of perceptual disturbances, for example, hallucinations, illusions or misinterpretations (such as thinking something was moving when it was not)?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

7B. (If present)

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

7C. (If present)

Please, describe this behavior.

8A. (Part 1). [Psychomotor agitation]

At any time during the interview did the patient have an unusually increased level of motor activity such as restlessness, picking at bedclothes, tapping fingers or making frequent sudden changes of position?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

8B. (If present)

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

8C. (If present)

Please, describe this behavior.

8A. (Part 2). [Psychomotor retardation]

At any time during the interview did the patient have an unusually decreased level of motor activity such as sluggishness, staring into space, staying in one position for a long time or moving very slowly?

Absent during the interview - 1

Present during the interview, mild form - 2

Present during the interview, marked form - 3

Uncertain - 8

8B. (If present)

Did this behavior fluctuate during the interview, that is, tend to come and go or increase and decrease in severity?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

Not applicable - 9

8C. (If present)

Please, describe this behavior.

9A. [Altered sleep-wake cycle].

Did the patient have evidence of disturbance of the sleep-wake cycle, such as excessive daytime sleepiness with insomnia at night?

Yes - 1

No - 2

Uncertain - 8

9B. (Is yes)

Please describe the disturbance.

ANEXO VIII - Versão Portuguesa do Algoritmo do CAM

ALGORITMO DO MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Avaliador:

Data:

1A. *[Início Agudo e Curso Flutuante]*

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

1B.

O comportamento (anormal) variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

2A. *[Desatenção]*

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

3A. *[Pensamento Desorganizado]*

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

**O diagnóstico de *delirium* requer a
avaliação “presente/anormal” para os critérios:
(1A ou 1B) e (2), e (3 ou 4)**

Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH.

Traduzido a partir de: INOUE, S. K. - *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, atual. 2 Ago. 2011.

ANEXO IX - Entrevista de Colheita de Dados

ENTREVISTA DE COLHEITA DE DADOS

1. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Género: _____

Idade: _____

Estado Civil: _____

Grau de Escolaridade: _____

2. DADOS CLÍNICOS

Serviço de Internamento: _____

Patologia Principal: _____

Outras Patologias: _____

Tempo de Internamento: _____

Antecedentes de Estado Confusional Agudo: _____

Medicação Prescrita:

-
-
-
-
-
-

3. MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MMSE)

1 - Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

- _____ Em que ano estamos?
- _____ Em que mês estamos?
- _____ Em que dia do mês estamos?
- _____ Em que dia da semana estamos?
- _____ Em que estação do ano estamos?
- _____ Em que país estamos?
- _____ Em que distrito vive?
- _____ Em que terra vive?
- _____ Em que casa estamos?
- _____ Em que andar estamos?

2 - Retenção (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida)

“Vou dizer 3 palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

- _____ Pera
- _____ Gato
- _____ Bola

3 - Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas)

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __

4 - Evocação (1 ponto por cada resposta correta)

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

- _____ Pera
- _____ Gato
- _____ Bola

5 - Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a) *“Como se chama isto?” Mostrar os objetos:*

_____ Relógio

_____ Lápis

b) *“Repita a frase que eu lhe vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA _____*

c) *“Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”; dar a folha segurando com as duas mãos.*

_____ Pega com a mão direita

_____ Dobra ao meio

_____ Coloca onde deve

d) *“Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”; sendo analfabeto, lê-se a frase.*

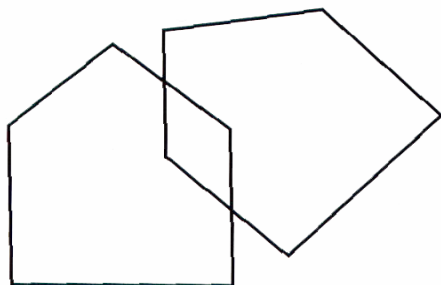
_____ Fechou os olhos

e) *“Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.*

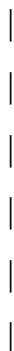
Frase: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:



Fonte: GUERREIRO, M. [et al.] - Adaptação à População Portuguesa da Tradução do “Mini Mental State Examination” (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*. [Em linha]. Vol. 1, nº 9 (1994). [Consult. 30 Nov. 2011]. Disponível na Internet: <URL: <http://www.clinicadememoria.com/docs/Mini%20Mental%20State%20Examination.pdf>>.

4. *CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) - VERSÃO TRADUZIDA*

Avaliador:

Data:

1A. *[Início Agudo]*

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

1B. *[Curso Flutuante]*

O comportamento (anormal) variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

2A. *[Desatenção]*

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

3A. *[Pensamento Desorganizado]*

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

4A. *[Nível de Consciência Alterado]*

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

Incerto - 8

Traduzido a partir de: INOUE, S. K. - *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, atual. 2 Ago. 2011.

5. ESCALA DE CONFUSÃO NEECHAM

Nome/ID: _____ Data: _____ Hora: _____

Avaliado por: _____

NÍVEL I - PROCESSAMENTO

PROCESSAMENTO - ATENÇÃO (Atenção-Alerta-Reação)

4 Atenção/alerta total: responde imediata e corretamente à chamada pelo nome ou toque - olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.

3 Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou híper-alerta, hiperativo a estímulos/objetos circundantes.

2 Atenção/alerta inconstante ou inadequada: requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objetos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.

1 Atenção/alerta perturbada: abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.

0 Despertar/resposta deprimida: pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.

PROCESSAMENTO - ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Ação)

5 Capaz de obedecer a uma ordem complexa: “Ligue a luz de chamar os enfermeiros” (Tem de procurar o objeto, reconhecê-lo e executar a ordem).

4 Resposta lenta a ordem complexa: requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.

3 Capaz de obedecer a uma ordem simples: “Levante a mão ou o pé, Sr. ...” (Usar apenas 1 parte do corpo).

2 Incapaz de obedecer a uma ordem direta: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual - bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro.

1 Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente: responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento híper/hipoativo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.

0 Hipoativo, letárgico: respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais.

PROCESSAMENTO - ORIENTAÇÃO (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)

5 Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.

4 Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recordação, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.

3 Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de proteção cognitivos cooperantes).

2 Desorientado e memória/recordação perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar ações do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de proteção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.

1 Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objetos. Sons/discurso inadequados.

0 Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais.

NÍVEL 2 - COMPORTAMENTO

COMPORTAMENTO - APARÊNCIA

2 Controla a postura, mantém a aparência, higiene: vestido e arranjado de forma adequada, aseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.

1 Postura ou aparência alteradas: algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.

0 Postura e aparência anormais: desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.

COMPORTAMENTO - MOTOR

4 Comportamento motor normal: movimento, coordenação e atividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.

3 Comportamento motor lentificado ou hiperativo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperativo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.

2 Movimento alterado: inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais - apanhar objetos da cama ou da coberta, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.

1 Movimentos inapropriados, disruptivos: puxar tubos, tentar passar por cima das grades de proteção, ações intencionais frequentes.

0 Movimentos deprimidos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.

COMPORTAMENTO - VERBAL

4 Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.

3 Início de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.

2 Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.

1 Discurso/sons perturbados: sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavrões ou está anormalmente em silêncio.

0 Sons anormais: grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.

NÍVEL 3 - CONTROLO FISIOLÓGICO

AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS

Valores registados:

Normal:

_____ Temperatura

(36-37°)

_____ TA sistólica

(100-160)

_____ TA diastólica

(50-90)

_____ Freq. cardíaca (FC)

(60-100)

Regular/irregular

(circular um)

_____ Ciclos respiratórios

(14-22)

(Contar durante 1 minuto)

_____ Saturação O₂

(93 ou acima)

_____ Períodos de apneia/hipopneia presentes? (1 = sim; 0 = não)

_____ Prescrita terapia de oxigénio?

(0 = não; 1 = sim, mas desligado; 2 = sim, ligado no momento)

ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor; contar Ritmo Cardíaco anormal e/ou irregular como um; contar apneia e/ou respiração anormal como um; e temperatura anormal como um)

2 TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular.

1 Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal.

0 Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais.

ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO

2 Sat. O₂ normal (93 ou acima).

1 Sat O₂ entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio.

0 Sat O₂ abaixo de 90.

CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA

2 Mantém o controlo da bexiga.

1 Incontinente nas últimas 24 horas ou tem penny-rose.

0 Incontinente no momento, ou necessita de algáliação intermitente ou permanente ou tem anúria.

Fonte: NEVES, Hugo Leiria - *Confusão Aguda no Doente Internado: Adaptação Cultural e Validação da Escala de Confusão NeeCham*. Porto, 2008. Dissertação de Mestrado.

6. CRITÉRIOS DO DSM-IV-TR® PARA O DIAGNÓSTICO DE *DELIRIUM*

Critério A: Perturbação da consciência (isto é, redução da clareza da consciência em relação ao ambiente), com redução da capacidade de focalizar, manter ou deslocar a atenção.

Presente: ____

Ausente: ____

Critério B: Alteração na cognição (tal como défice de memória, desorientação, perturbação da linguagem) ou desenvolvimento de uma perturbação da percepção que não é melhor explicada por uma demência preexistente, estabelecida ou em evolução.

Presente: ____

Ausente: ____

Critério C: A perturbação desenvolve-se ao longo de um curto período de tempo (em geral de horas a dias), com tendência a flutuações no decorrer dia.

Presente: ____

Ausente: ____

Fonte: AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) - *DSM-IV-TR: Manual de Diagnósticos e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Ed. Lisboa: Climepsi, 2002.

7. CRITÉRIOS DA NANDA INTERNATIONAL PARA O DIAGNÓSTICO DE CONFUSÃO AGUDA

Critério 1: Aumento da agitação Presente: ____ Ausente: ____

Critério 2: Alucinações Presente: ____ Ausente: ____

Critério 3: Défice de motivação para iniciar um comportamento dirigido para uma meta Presente: ____ Ausente: ____

Critério 4: Défice de motivação para iniciar um comportamento voluntário Presente: ____ Ausente: ____

Critério 5: Défice de motivação para manter um comportamento dirigido para uma meta Presente: ____ Ausente: ____

Critério 6: Défice de motivação para manter um comportamento voluntário Presente: ____ Ausente: ____

Critério 7: Flutuação ao nível da atividade psicomotora Presente: ____ Ausente: ____

Critério 8: Flutuação da cognição Presente: ____ Ausente: ____

Critério 9: Flutuação do nível de consciência Presente: ____ Ausente: ____

Critério 10: Aumento da inquietação Presente: ____ Ausente: ____

Critério 11: Percepções errôneas. Presente: ____ Ausente: ____

Fonte: NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA) INTERNATIONAL - *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: Definições e Classificação 2009-2011*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

**ANEXO X - Autorização para a Utilização da
Versão Portuguesa da Escala de Confusão NeeCham**

Autorização para Escala de Confusão NeeCham

Francisco Sampaio <fmcsampaio@gmail.com> 25 de Janeiro de 2012 15:30

Para Hugo Neves <hugoneves@live.com>

Caro Hugo Neves,

No âmbito do meu trabalho de Mestrado (dirigido à tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa), gostaria de realizar um trabalho de validação convergente com a Escala de Confusão NeeCham.

Nesse sentido, e porque irei necessitar de usar a Escala de Confusão NeeCham na colheita de dados, gostaria de lhe pedir autorização para a utilização da versão portuguesa da escala.

P.S.: gostaria de lhe pedir uma resposta tão atempada quanto possível, no sentido de poder avançar no trabalho que me encontro a realizar.

Com os melhores cumprimentos,

Francisco Sampaio

Hugo Neves <hugoneves@live.com> 25 de Janeiro de 2012 16:58

Para fmcsampaio@gmail.com

Caro Francisco

Autorizo o uso da Escala de Confusão NeeCham para uso na dissertação de Mestrado referida. Penso que já lhe terei enviado os documentos de apoio, contudo se necessitar avise-me que enviarei todos os documentos necessários.

Com os melhores cumprimentos,

Hugo Neves

P.S.: Relativamente ao painel de peritos penso que já tinha a minha resposta positiva para apoio.

> Date: Wed, 25 Jan 2012 15:30:33 +0000

> Subject: Autorização para Escala de Confusão NeeCham

> From: fmcsampaio@gmail.com

> To: hugoneves@live.com

ANEXO XI - Consentimento Informado com Carta Explicativa do Estudo

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Titulo:

Confusion Assessment Method (CAM): Tradução e Validação para a População Portuguesa

Investigador:

Enf. Francisco Sampaio (Mestrando em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria)

Objeto do Estudo:

Este estudo terá como objeto de investigação as pessoas que desenvolvem estados de confusão aguda durante o internamento a nível hospitalar, pois face aos conhecimentos atuais sobre esta temática e ao valor que esta tem na qualidade de vida destas pessoas, e em particular nos idosos, consideramos que investir nesta área é fundamental. Neste sentido, pretendemos obter dados precisos sobre o que se passa no nosso contexto hospitalar com o desígnio de promovermos cuidados de Enfermagem de qualidade.

Objetivos:

Os objetivos deste estudo são:

- Traduzir e validar uma escala de diagnóstico de *delirium* e/ou confusão aguda para a população portuguesa, no que se refere ao contexto hospitalar;
- Verificar se as características sociodemográficas (género, idade, estado civil e grau de escolaridade) têm relação com a ocorrência de *delirium* e/ou confusão aguda nas pessoas idosas internadas;
- Verificar se as características clínicas (diagnóstico médico, serviço de internamento, tempo de internamento, antecedentes de estados confusionais agudos e medicação em uso) têm relação com a ocorrência de *delirium* e/ou confusão aguda nas pessoas idosas internadas.

Justificação:

Os estudos desenvolvidos têm mostrado que as pessoas que apresentam confusão aguda durante a hospitalização têm resultados mais negativos no seu processo terapêutico.

Assim, durante a hospitalização, a pessoa com confusão aguda experiencia desorientação, défices na capacidades para comunicar com clareza e, como consequência, a sua interação com o meio ambiente torna-se problemática. A

especificidade desta situação cria condições para o aparecimento de algumas complicações como o aumento do risco de quedas, incontinência urinária, úlceras de pressão, infeções, etc.

As intervenções realizadas no sentido de melhorar ou resolver estes factos estão condicionadas, dado que a confusão aguda é um problema que está sub-reconhecido e, consequentemente, sub-diagnosticado. Dentro desta linha de pensamento e convictos que esta situação também será a realidade dos nossos cuidados, pretendemos validar um instrumento que permita facilitar o diagnóstico desta condição clínica.

Metodologia:

Para que o desenvolvimento deste trabalho seja possível necessitamos da sua autorização, com o objetivo de podermos utilizar os dados obtidos pela aplicação dos formulários.

Para além da aplicação dos formulários, necessitamos de colher alguns dados adicionais, como o género, idade, estado civil e grau de escolaridade.

Aspetos Éticos:

O investigador assegura que este estudo tem benefício social e não apresenta nenhum risco previsto para o doente e prestador de cuidados. Todos os dados observados e colhidos serão, durante todo o estudo, tratados de forma confidencial, sendo ainda de realçar que será salvaguardado o anonimato do doente e do seu prestador de cuidados.

Participação:

A escolha de participar ou não participar no estudo é pessoal e voluntária. Contudo, se não consentir a sua participação pode estar seguro que receberá os mesmos cuidados que as pessoas integradas no estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, autorizo a colheita de dados para a participação no trabalho de investigação “*Confusion Assessment Method (CAM): Tradução e Validação para a População Portuguesa*”, a realizar no âmbito da Dissertação de Mestrado da segunda edição do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Declaro que li a carta explicativa do estudo e que, como tal, me considero informado(a) acerca dos objetivos da investigação em curso e que me responderam de forma satisfatória a todas as minhas questões. Compreendo as vantagens que há na autorização para este estudo e que tenho o direito de colocar, agora e durante o desenvolvimento do mesmo, qualquer questão que considere relevante e/ou pertinente. Foi-me assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados. Compreendo que sou livre de, a qualquer momento, desautorizar o uso dos dados na investigação em curso.

Investigador: _____

Assinatura: _____

Assinatura do Representante Legal: _____

Data ____/____/____

ANEXO XII - Autorização para a Realização do Estudo

Sandra Isabel Costa Ferreira da Silva <Sandra.I.Silva@hospitaldebraga.com.pt>

13 de abril de 2012 10:26

Para Francisco Sampaio <fmcsampaio@gmail.com>

Bom dia Enfermeiro Francisco

Cumpre-me informar do parecer da Comissão Executiva deste Hospital: “Dado os pareceres positivos da Com. Ética e dos DS de Psiquiatria (7 março), Cirurgia Geral (13 março), Ortopedia (13 março), UCIP (1 março) e Medicina Interna (12 abril), o estudo foi autorizado.”

Com os melhores cumprimentos,



Sandra Silva

ANEXO XIII - Versão Final do CAM Traduzido para Português de Portugal

MÉTODO DE AVALIAÇÃO DA CONFUSÃO (CAM)

Observações pelo Entrevistador

Entrevistador: imediatamente após completar a entrevista, por favor, responda às seguintes questões com base no que observou durante a entrevista, no “*Modified Mini-Cog Test*”, e no “*Digit Span Test*”.

1A. [Início Agudo]

Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

1B. (Se sim)

Por favor, descreva a mudança e a fonte de informação.

2A. [Desatenção]

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

2B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

2C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

3A. [Pensamento Desorganizado]

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

3B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

3C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

4A. [Nível de Consciência Alterado]

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente?

Alerta (normal) - 1 ➔ Avance para a questão 5

Vigil (hiperalerta, hipersensível a estímulos ambientais, assustando-se muito facilmente) - 2

Letárgico (sonolento, facilmente despertável) - 3

Estupor (difícil de despertar) - 4

Coma (não despertável) - 5

Incerto - 8

4B. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

4C. (Se outra resposta, que não “Alerta”)

Por favor, descreva o comportamento.

5A. [Desorientação]

O doente apresentou-se desorientado em algum momento durante a entrevista, por exemplo, pensando que estava em algum outro local que não no hospital, usando a cama errada, ou julgando erradamente o período do dia?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

5B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

5C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

6A. [Défice de Memória]

O doente demonstrou problemas de memória durante a entrevista, como por exemplo, incapacidade para recordar acontecimentos do hospital ou dificuldade em recordar instruções?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

6B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

6C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

7A. [Distúrbios Percetuais]

O doente apresentou alguma evidência de distúrbios percetuais, por exemplo, alucinações, ilusões ou interpretações erróneas (por exemplo, pensar que algo se estava a mover, quando na realidade não estava)?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

7B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

7C. (Se presente)

Por favor, descreva as alterações percetuais.

8A (Parte 1). [Agitação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente aumentado, como por exemplo, inquietação, esgaravatar as roupas da cama, bater com os dedos, ou realizar mudanças frequentes de posição?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

8A (Parte 2). [Lentificação Psicomotora]

Alguma vez, durante a entrevista, o doente apresentou um nível de atividade motora excecionalmente diminuído, como por exemplo, lentidão, olhar fixamente o vazio, manter-se numa posição durante muito tempo ou mover-se muito lentamente?

Ausente durante a entrevista - 1

Presente durante a entrevista, de forma ligeira - 2

Presente durante a entrevista, de forma marcada - 3

Incerto - 8

8B. (Se presente)

Este comportamento variou durante a entrevista, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

Não aplicável - 9

8C. (Se presente)

Por favor, descreva o comportamento.

9A. [Ciclo Sono-Vigília Alterado]

O doente apresentou evidência de distúrbio do ciclo sono-vigília, como por exemplo, excessiva sonolência diurna com insónias durante a noite?

Sim - 1

Não - 2

Incerto - 8

9B. (Se sim)

Por favor, descreva o distúrbio.

Adapted from: Inouye SK, vanDyck CH, Alessi CA, Balkin S, Siegel AP, Horwitz RI. Clarifying confusion: The Confusion Assessment Method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med.* 1990; 113: 941-948. Confusion Assessment Method: Training Manual and Coding Guide, Copyright 2003, Sharon K. Inouye, M.D., MPH.

Traduzido a partir de: INOUE, S. K. - *The Confusion Assessment Method (CAM): Training Manual and Coding Guide*. New Haven: Yale University School of Medicine, 2003, atual. 2 Ago. 2011.